Elemente de PSIHOLOGIE MEDICALĂ şi LOGOPEDIE

Sub redacţia
T. PIROŻYŃSKI

CLINICA DE PSIHIATRIE
INSTITUTUL DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE IAŞI
—1988—

Scanned with OKEN Scanner

Elemente de PSIHOLOGIE MEDICALĂ şi LOGOPEDIE

Sub redacţia
T. PIROŻYŃSKI

CLINICA DE PSIHIATRIE
INSTITUTUL DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE IAŞI
—1988—

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Spitalul clinic de psihiatrie "Socola"Iaşi şi Scoala medicală care s-a format în acest cadru, deţin o bogată tradiţie a deschiderii către schimbul de informaţii, cu însuşirea şi dezvoltarea acelor idei şi activităţi ce pot promova demersul ştiinţific şi atitudinea de sensibilă înţelegere a suferinţelor instituite de boala mentală. In acest climat a fost posibil să se afirme originalitatea unor cercetări care s-au constituit apoi în veritabile domenii disciplinare medicale, după cum a fost sesizată şi realitatea subiectivă complexă a fiinţei umane, realitate a cărei nesubstituibilă dimensiune şi valoare conferă psihiatriei propria sa competenţă şi comprehensiune.

Este bine cunoscut actualul progres al cercetării şi tehnicii biomedicale, ca şi capacitatea în perspectivă a perfecţionărilor ce decurg din specializarea şi hiperspecializarea modalităţilor sale de explorare şi intervenţie, după cum se afirmă într-un unanim consens şi semnificaţia integralităţii valorice a sănătăţii mentale prin raportul dintre personalitate şi spaţiul său existenţial. Mai mult decît atît, varietatea şi bogăţia informaţiilor actuale despre organizarea şi structurarea funcţională a comportamentului uman realizează concepte şi intervenţii care dimensionează domeniul de cercetare şi asistenţă al psihiatriei şi a relaţiilor sale interdisciplinare. Această informare privind sănătatea mentală şi relaţiile psihocomportamentale încurajează comunicarea şi dialogul ca premisă posibilă pentru o mai autentică şi realistă cooperare dintre psihiatrie şi psihologia medicală.

In orientarea actuală a cercetării învăţămîntului şi asistenţei medicale de la Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" o asemenea colaborare s-a dezvoltat şi probat prin valoroasa participare a psihologilor cadre didactice de la Universitatea "Al.I. Cuza" Iaşi, a psihologilor, psihopedagogilor şi logopezilor din învăţămînt şi asistenţă medicală, ceea ce a făcut posibilă şi prezentarea lucrărilor din acest volum.

Colegilor psihologi de la Spitalul "Socola" şi tuturor autorilor care au contribuit la această înfăptuire le aducem distinse mulţumiri.

T.PIROZYNSKI

S U M A R

INTRODUCERE 3

SUMAR 4

PIROZYNSKI T.- Psihiatrie şi psihologie medicală. Semnificaţii relaţionale. 11

PSIHOLOGIA PERSONALITATII

EXPLORARI PSIHOLOGICE IN ASISTENTA MEDICALA 29

VAIDEANU G. - Spre o pedagogie de sinteză 31

NECULAU A. - Contextul psihosocial şi "construirea" personalităţii 40

COSMOVICI A. - Probleme actuale ale psihodiagnosticului . . . 49

PRUNA T. - Personalitate şi adaptare 56

RUDICA T. - Nivelul optimal al frustrării 62

PIROZYNSKI T., COSMOVICI N., CHIRITA V., CIOBANU MARIA, COSMOVICI MARIA, LUCHIAN MAGDA, BOISTEANU P., GHERGHE SILVIA - Evaluarea capacităţii operative a gîndirii prin algoritmizare. 67

LUCHIAN MAGDA- Coordonate ale activităţii psihologului în clinica psihiatrică. 74

PIROZYNSKI T., COSMOVICI N., CHIRITA V., CIOBANU MARIA, COSMOVICI MARIA, LUCHIAN MAGDA, BOISTEANU P., GHERGHE SILVIA - Aprecierea nivelului informaţional prin proba de vocabular 79

MANTA MIHAELA- Semnificaţia explorărilor psihologice la nivelul laboratorului de orientare şcolar - profesională din cadrul I.S.J. 86

BAILICENCO VIORICA, RUSU M. - Semnificaţia examenului psihologic într-o clinică de neurochirurgie . . . 91

HAGIU RODICA, DRAGAN TUTA - Recuperarea bolnavului afazic, rezultate şi dificultăţi. 98

PIROZYNSKI T., LUCHIAN MAGDA, COSMOVICI N., CHIRITA V., BOISTEANU P. -Reflectarea simptomatologiei nevrotice în chestionarele WOODWORTH-MATHEWS şi "personalităţi accentuate". 106

LOVINESCU CARMEN, BALAN M., IORGA RODICA, GRADINARU D. -Consideraţii psihoterapeutice pe baza tehnicilor de relaxare într-o formă prescurtată în clinica medicală. 111

Scanned with OKEN Scanner

TEODORESCU I., PARASCHIV V. - Semnificaţia investigaţiilor psihologice la pacienţii cu afecţiuni T.B.C. . 117
CHIRITA V., COSMOVICI N., LUCHIAN MAGDA, PARASCHIV V., PIROZYNSKI T.-Corelaţii medico-psihologice în terapia psihotropă. 121
CONACHE ALEXOAIE LILICA, POPA LIDIA, COSMOVICI N., CHIRITA V. -Semnificaţia explorărilor psihologice în activitatea de dispensarizare la nivelul L.S.M . 127
BOISTEANU P. -Criterii de diagnostic în tulburările personalităţii. 130
PARASCHIV V., BEJAN V., - Psihokineteterapia în viziune ergenomică 135
PARASCHIV V. -Posibilităţi de integrare a handicapaţilor psihici prin utilizarea tehnicilor de ergonomie corectivă diferenţiată. 142
SOROCEANU ERMINA, LICIU MARIA, ZBRANCA E. - Semnificaţia explorărilor psihologice la nivelul unei policlinici. 145
GASPAR FLORINA, CUIA FLORENTINA - Semnificaţia explorărilor psihologice şi psihoterapiei la nivelul unei policlinici pentru elevi şi studenţi . . 150
PIROZYNSKI T.,PARASCHIV V., GOTTLIEB H., PARUS N., OFFENBERG CAROLA, COSMOVICI N., DRAGHICI GHE., CHIRITA V., BOISTEANU P. -Contribuţii la unele modalităţi de competenţă expertală ale psihodiagnosticului clinic. 154
PIROZYNSKI T., DRAGHICI GH., PARASCHIV V. - Semnificaţia examenului psihologic în expertiza medico-legală psihiatrică la adulţi. 162
PIROZYNSKI T., CAMBOSE EMILIA, POSTELNICU C. - Aspecte de psihologie relaţională în expertiza şi evaluarea capacităţii de muncă 167
HÂŢU ILEANA , SELARU M., ROMANESCU C. - Semnificaţia explorărilor psihologice în activitatea expertală medico-legală pentru minori. 172

BOLEA ARGENTINA - Diagnosticarea simulării prin boli psihice cu ajutorul chestionarelor de personalitate. 177
PARASCHIV V., POPA V.- Semnificaţia explorărilor psihologice la o cazuistică delicto-judiciară. 182
DRAGHICI GH., PARASCHIV V. - Semnificaţia explorărilor psihologice în clinica conjugopatiilor . . 186
POPA LIDIA, ARMASU V., CHELEMAN C., CHIRITA V. - Semnificaţia explorării psihologice la nivelul examinărilor medico-militare. . . 199
GHERGHE SILVIA, COSMOVICI MARIA, BARABOLSCHI C., VACARU ELENA, CHIRITA V. - Semnificaţia explorărilor psihologice şi a examinării complexe în cadrul comisiei de diagnostic şi triere pentru copiii care prezintă riscul de adaptare şcolară şi familială. 2o3
COSMOVICI MARIA, GHERGHE SILVIA, BARABOLSCHI C., COSMOVICI N., CHIRITA V.- Semnificaţia examinărilor psihologice în recuperarea copiilor cu deficit psihomotor - prin L.S.M. 21o
CARCEA MARIA ILEANA, RADIVANSCHI DOINA - Diagnosticul psihologic al capacităţii de asimilare la copilul instituţionalizat 1-3 ani. . . . 215
GHEORGHIU PAULA, TUDORANU AURELIA, BARABOLSCHI C.-Semnificaţia explorărilor psihologice şi a psihoterapiei la nivelul unui leagăn de copii. 22o

TULBURARI DE LIMBAJ

LOGOPEDIE SI ASISTENTA PSIHOPEDAGOGICA 225
ROMANESCU C. - Tulburările limbajului în practica pedopsihiatriei. 227

MITITIUC IOLANDA - Unele particularităţi ale formulării şi dezvoltării limbajului copiilor din sistemul de ocrotire şi învăţământ special 233

CONDURACHE CRISTINA - Aspecte ale diagnosticului diferenţial în logopedie 239

LUPU FLOAREA, ALBU C., BADRAJAN ELENA, PARASCHIV V. - Semnificaţia explorării psihologice în recuperarea copiilor handicapaţi locomotor. 246

PASTERNAK SABINELA, BARABOLSCHI C., CHIRITA V. - Interferenţele logopediei. 249

TOMNIUC CORNELIA - Aspecte ale evoluţiei limbajului la copilul cu intelect normal. 254

IONEL MELANIA - Relaţia limbaj - personalitate - comportament. 259

CRIVOI LIDIA - Influenţa tulburărilor de limbaj asupra dezvoltării psihice a copiilor. 263

HARTAN RODICA - Abateri de la evoluţia normală a limbajului la şcolarul mic. 268

CIUPILAN PAULINA - Observaţii asupra fenomenului dislexo-grafic la clasele 1-4 în şcolile de masă. 273

TOFAN MIOARA - Intîrziere în apariţia, organizarea şi dezvoltarea limbajului. 280

IOAN LAURA - Aspecte ale evoluţiei limbajului la copilul preşcolar ocrotit. 284

SCRIPCARU VIRGINIA, APOSTOL STELA - Contribuţii la studierea apariţiei capacităţilor umane de fond la copilul cu greutate mică la naştere ocrotit într-o colectivitate închisă tip leagăn. 288

MOROOV ELENA – Socializarea între necesitate şi libertate 293

BURCA EUGENIA – Autismul infantil. Diagnosticul logopedic diferenţial în autism şi surditate. 298

PASCAL T. – Relaţia dintre anomaliile dento-maxilare şi pronunţia dislalică . . 302

ZABAVA CUCULEANA – Relaţia dintre tulburările de pronunţie şi deficienţele limbajului scris-citit. 306

MIHAILOVICI MIHAELA – Preocupări pentru îmbunătăţirea procesului de cunoaştere psiho - pedagogică a copilului, problema prioritară a tuturor cadrelor didactice care desfăşoară activitatea în şcoli speciale şi în case de copii 312

DUMITRASC VALERICA – Influenţa tulburărilor de limbaj asupra procesului învăţării. 320

MONCEA MADLENA – Specificul tulburărilor dislexo-grafice la elevul deficient mintal şi terapia acestora în vederea integrării lui sociale. 326

PETREGNU MIHAELA – Terapia tulburărilor dislexiei-disgrafiei la şcolarii debili mintali. 331

IOAN VALENTINA – Contribuţia profesorului logoped la înlăturarea insuccesului şcolar. . . . 337

LOZOVAN RODICA – Aspecte psihologice ale procesului de învăţare a citirii şi scrierii de către copilul debil mintal cu tulburări de limbaj. 344

POPA GEANINA, POPA V. – Nivel motivaţional şi învăţare la elevii deficienţi de auz. 350

Scanned with OKEN Scanner

VLIONCU MARIA – Influenţa tulburărilor de limbaj asupra personalităţii şi comportamentului logopaţilor. 354

IOVU REBECA – Rolul logopediei în prevenirea şi rezolvarea eşecului şcolar, a realizării inserţiei sociale. 359

POPA JENI-LUICA – Aspecte ale terapiei logopedice la deficitul mintal cu tulburări de comportament. 365

CARP ELENA – Modalităţi de individualizare a tratamentului logopedic în şcoala ajutătoare. . 371

TALABA ELENA – Limbajul la copilul logopat de vîrstă şcolară mică şi posibilităţi de ameliorare-corectare. 377

ALDEA CRISTINA – Metode şi procedee logopedice folosite în activitatea cu copilul logonevrotic. . 381

ION I.GR. – Metode şi procedee folosite în activitatea cu copilul dislexo-grafic. 386

DROBOTA RALUCA – Aspecte ale terapiei logopedice în tratarea dislexiei-disgrafiei la elevul de vîrstă şcolară mică. 392

DRENEA M. – Cîteva consideraţii privind relaţia gîndire-limbaj în contextul terapiei logopedice. 399

ALEXANDRU RODICA–Psihoterapia de grup la copii-valenţe şi limite. 4oo

Scanned with OKEN Scanner

PSIHIATRIE ŞI PSIHOLOGIE MEDICALĂ.- SEMNIFICAŢII RELAŢIONALE

T.PIROZYNSKI

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Argument introductiv. Expansiunea psihiatriei în lumea noastră contemporană este, mai mult decît un comentariu de explicaţii şi argumente, o realitate necesară ca demers către sănătatea mentală şi afirmarea sa creativă pentru condiţia umană. Înţelesul acestei expansiuni într-o semnificaţie epistemică, decurge din amplul stoc de informaţii analitice obţinute prin performanţa instrumentală a explorării şi modalităţile proiectării lor în modele abstracte, simbolizate, complementare, dinamice şi interacţionale.Depăşind inutila tenacitate în căutarea unei substanţializări rigide şi cauzale deschiderea conceptuală şi aplicativă se realizează prin interdisciplinaritate şi sistemică cuprindere a unor realităţi şi mutaţii proprii devenirii personalităţii în proiecţia valorilor existenţei sale.Expansiunea care o enunţăm nu este o anulare de obiect prin continua sa risipire şi nici nu poate fi confundată cu o cumulare de soluţii pragmatice la mereu mai complexele probleme ale vieţii şi civilizaţiei noastre. Orientarea sa din ce în ce mai selectivă şi critică se referă la acelaşi obiect, cuprins în dimensiunea actualelor limite ale cunoaşterii şi anume, boala mentală ca şi destinul celor invalidaţi de aceasta, în contextul distinct al sănătăţii mentale a unei persoane şi a unei populaţii. Formulîndu-şi unitatea dintre concept şi metodă, psihiatria contemporană în înţelegerea pe care o acordăm, este o disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială.(23,29,31).

Prin cercetare şi asistenţă medicală psihiatria este implicată în diversitatea aspectelor relaţionale ale existenţei umane,faţă de care îşi probează competenţa prin deschideri interdisciplinare ce-i îmbogăţesc propria substanţă conceptuală şi metodologică a demersului pentru promovarea sănătăţii mentale. Psihiatria, în înţelesul entimologic al termenului - vindecarea sufletului - şi-a adîncit şi clarificat conţinutul medical datorită progreselor realizate prin cunoaşterea mai amplă a mecanismelor de funcţionare ale sistemului nervos şi ale comportamentului uman, alături de progresele terapiei în asistenţa bolilor psihice. După cum organismul este înţeles în unitatea sa morfofuncţională în relaţii cu mediul

Scanned with OKEN Scanner

de viaţă şi personalitatea umană se constituie şi acţionează prin structuri funcţionale biologice, psihologice, culturale, axiologice, sociale şi încă altele ce ar putea fi enunţate, fără a pierde din vedere integralitatea sistemului şi particularităţile distincte ale analizei sale. In această operantă viziune noi distingem relaţiile şi raportul dintre psihiatrie ca disciplină medicală şi psihologie. Funciara lor sursă antropologică şi dimensiunea lor socială le conferă o complementară referinţă la particularităţile condiţiei umane. De altfel acest raport se precizează prin referinţă la relaţii mai curînd distinct precizate decît printr-un enunţ general, care deşi nominalizează un conţinut disciplinar nu enunţă şi diferenţiaţie sa competenţă. Intr-adevăr sub denumirea de psihiatrie continuăm să înţelegem în prezent acel domeniu disciplinar ce se ocupă de cercetarea şi intervenţia medicală asupra procesualităţii bolilor mentale (motivaţia lor, semiologia, tipurile de evoluţii, profilaxia şi epidemiologia lor, ca şi posibilitatea de a acţiona cu succes asupra acestor fenomene), dar de fapt de la un cadru general de cunoştinţe se diferenţiază distincte competenţe cum sînt cele ale psihiatriei clinice, psihiatriei sociale, psihofarmacologiei, etnopsihiatriei, pedopsihiatriei, gerontopsihiatriei, psihiatriei judiciare şi desigur încă altele. Considerăm a putea spune acelaşi lucru şi despre psihologie şi referinţele sale de competenţe la domenii ce devin astfel activităţi specializate cum ar fi: psihologia clinică, psihologia socială, psihologia judiciară, psihologia dezvoltării şi a vîrstelor şi exemplele desigur pot continua.(4,11,34, 48).

Ne-am permis aceste observaţii pentru a explica preferinţa pe care o acordăm lucrării de faţă, prin utilizarea termenului de psihologie medicală, ce corespunde mai bine scopului şi sensului pe care îl acordăm cooperării dintre psihiatrie, în precizarea dată şi psihologiei.

Perspectivă şi evoluţii. Psihologia medicală are o dezvoltare relativ recentă, astfel Charcot, în lecţiile sale de psihiatrie reclama necesitatea creării unei psihologii care să opereze în domeniul patologiei. In anul 1845, Isensee, titularul catedrei de patologie terapeutică şi medicină legală din Berlin, prezenta un curs intitulat "psihologie medicală", ca urmare a unor tendinţe doctrinare dezvoltate în cadrul şcolii de psihiatrie, denumită psihologică, şi care la începutul secolului XIX era reprezentată

în Germania de Heiroth şi Ideler. Această orientare se stinge, o dată cu triumful şcolii somatice a lui Griesienger, pentru a reapare la începutul secolului nostru, prin tratatul de "Psihologie medicală" a lui Schilder, în 1924, constituit după o orientare net freudiană (4,3o).La scurt timp, apare cunoscuta lucrare a lui W. Kretschmer "Medizinische Psychologie", care pledează ferm pentru necesitatea formaţiei psihologice a medicilor şi studenţilor în medicină.Pentru Kretschmer (18), psihologia medicală este în esenţă "Psihologia nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. Cel care înţelege nevrozele, cunoaşte şi fiinţa umană şi devine mai bine format pentru alte exigenţe psihologice ale profesiunii medicale".

Preocuparea esenţială în psihologia medicală o constituie aspectele dinamice ale afectivităţii, alături de descripţia afectelor, a pulsiunilor şi a manifestărilor voluntare, în timp ce funcţiile superioare ale inteligenţei sînt tratate într-o formă succintă, întrucît ele sînt preocuparea preponderentă a psihologiei pedagogice.

Această orientare a psihologiei medicale din Germania, centrată asupra afectivităţii, printr-o abordare antropologică şi insistînd asupra "psihologiei profunzimilor", se conservă şi astăzi în lucrările lui E.Wiesenhuter şi H. Schjelderup (53).

In S.U.A., în ultimele trei decenii, psihologia sub influenţa psihiatrilor de orientare analitică, este introdusă în învăţămîntul medical sub forma psihologiei dinamice. Raportul publicat în 1948 de către Commenwealth Found., care deţine rolul principal în organizarea acestor studii, îşi propune o medicină comprehensivă, printr-un raport mai strîns cu bolnavul, cu istoria sa, cu mediul său actual, cu exigenţele sale fundamentale, raport care să promoveze o integrare, flagrant absentă în stadiul actual al medicinei.

Specialităţile medicale, în mod comun, resimt nevoia nu atît a psihiatriei, cît mai ales a unei specializări în patologia emoţiilor. Totuşi, psihiatria poate demonstra astăzi rolul relaţiei medic-bolnav şi poate oferi tehnicile pe care le implică această relaţie.

Prin investigaţia psihologică şi studiul clinic, psihiatria a dezvoltat, în ultimii ani, o doctrină asupra istoriei dezvoltării personalităţii umane, a dinamicii privind relaţiile umane, a efectelor reciproce dintre gîndire, sentimentele omului şi propriul său

corp, sugerînd metodele terapeutice în stări situaţii.De aceea, psihiatria dinamică deţine un ascendent asupra psihologiei comprehensive, întrucît ea cercetează modul integral de a reacţiona al persoanei umane şi, prin aceasta, se separă de neurologie,putînd ajuta medicina să nu subordoneze pacientul diferitelor specialităţi medicale.(1o,13,17,19).

O orientare apropiată o găsim în Anglia, la şcoala de la Tavistock Clinic, cu Balint, reprezentantul cel mai cunoscut astăzi, care îşi propune descripţia procesului privind relaţia medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripţia semnelor de diagnostic care să permită recunoaşterea în timp util a procesului patologic şi modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relaţii complexe.

Psihologia medicală, dezvoltată în forma variantelor amintite, întruneşte o serie de elemente comune: autorii lor sînt toţi psihiatri şi, ca atare, se consideră posibilă difuzarea cunoştinţelor şi tehnicilor de lucru numai de către acei psihiatri care sînt competenţi prin formarea lor medicală şi clinică de a săvîrşi aceasta. Domeniul de acţiune, deşi în mod diferit denumit, constituie totuşi o zonă comună preocupărilor psihiatriei: nevrozele pentru Kretschmer, medicina psihosomatică pentru Commonwealth Found.,efectele secundare neprevăzute şi nedorite ale remediilor medicale pentru Balint, iar pentru toţi relaţia medic-bolnav.

Principiile teoretice ale acestor tendinţe sînt diversele orientări ale psihopatologiei, psihologia hâlistică şi antropologia, psihanaliza şi psihologia dinamică.

Metodele de acţiune sînt înscrise în diferitele procedee ale psihoterapiei.

Paralel însă acestor orientări, se dezvoltă şi cele fundamentate pe o abordare experimentală.Aşa cum rezultă din analiza lui Stoller şi Monsh, în 1966, asupra învăţămîntului psihologiei medicale în S.U.A., numeroşi psihiatri de formaţie analitică,după cel de-al doilea război mondial, au devenit titularii catedrelor de psihiatrie, imprimînd învăţămîntului o puternică tendinţă psihanalitică. In ultimii ani, entuziasmul pentru această orientare descreşte, o dată cu dezvoltarea altor ştiinţe ale comportamentului, situate în afara psihanalizei.Astfel psihologia medicală se dezvoltă astăzi prin numeroasele contribuţii ale sociologiei,antropologiei, psihologiei experimentale şi neurofiziologiei (2,21,

27,28,51).

Mowbray şi Rodger, autorii manualului "Psychology in relation te medicine" (1963) afirmă în prefaţa lucrării lor:"Am prezentat o vedere sistematică a comportamentului uman ca o completare firească la ceea ce studentul învaţă despre structure şi funcţiile diverselor organe ale corpului. Nu am pus accent, cum s-a făcut altă dată, asupra psihologiei relaţiilor medic-bolnav, cu un punct de vedere holistic al bolii, sau centrat asupra persoanei; a existat convingerea că acest mod de tratare l-ar face pe student sau pe medic mai uman. Din punctul nostru de vedere, un astfel de scop se poate obţine mai bine prin exemplul celui care predă cunoştinţele clinice, indiferent dacă este chirurg, internist sau psihiatru, dar se găseşte în contact cu bolnavul"(4o).

Un raport mai recent a British Psychological Society atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcţiile psihice elementare, psihologia socială,psihologia dezvoltării,diferenţele individuale, psihologia în relaţiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relaţiile medic-bolnav).Un astfel de program este aplicat în unele universităţi britanice, ca cele de la Liverpool şi Sheffield, iar o concepţie apropiată se reflectă în lucrarea lui J.Delay şi P.Pichot "Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant" (1969), ca şi studiul psihologiei din învăţământul medical din Franţa. Tratarea psihologiei medicale în acest fel implică colaborarea interdisciplinară pentru cercetarea comportamentului uman, inclusiv preluarea datelor psihologiei experimentale. De aceea, atît în învăţământ, cît şi în redactarea manualelor,întîlnim în prezent o sugestivă colaborare dintre psihiatri de formaţie complexă (mai largă decît cea psihanalitică sau antropologică) şi psihologic (1,2,9,13,14,16).Citäm cîteva exemple: T.Ferguson Rotger profesor de psihiatrie, R.M.Mowbray, prcfesor de psihiatrie şi P.R.F.Clarke, psiholog; în S.U.A., colaborarea dintre Stoller şi Mensch;în Danemarca dintre Lun şi Ostergaard; în Franţa, J.Delay şi P.Pichet (26,28).

Cîmpul de cercetare preconizat depăşeşte în aceste condiţii interesul pentru medicina psihosomatică şi nevroză şi se extinde la ansamblul factorilor individuali şi sociali ai comportamentului, în măsura în care acesta interesează medicina.In această cercetare se dezvoltă raportul cu fiziologia prin intermediul psihologiei medicale, la fel cu deontologia şi psihiatria.Pentru psihiatrie,se

oferă posibilitatea unei ample cooperări, pornind de la psihologia generală ca bază a psihopatologiei, la metodele de explorare funcţională psihologică din serviciile clinice de boli mentale. Perspectiva acestor preocupări definitorii pentru obiectul unei discipline reduce la valoarea reală relaţia medic-pacient care nu poate constitui nici obiect şi nici scop singular al unei discipline şi consideră psihologia dinamică o orientare psihologică în stare să aducă doar o înţelegere mai bună a faptelor studiate, aparţinînd unor categorii de achiziţii diferite, de la psihologia diferenţială cantitativă, la fenomenologie, de la etiologie la psihiatria socială şi etnopsihiatrie(15,36,38,47).

Psihologia medicală cunoaşte o dezvoltare aplicativă şi experimentală în U.R.S.S., prin tradiţia laboratoarelor psihologice înfiinţate de Bechterev şi Korsakov pe lîngă clinicile de psihiatrie, iar prin Pavlov şi ampla sa activitate de concepţie teoretică, experimentală şi metodologică a şcolii pavloviene, se fundamentează perceptivele cercetării mecanismelor complexe ale comportamentului, ca şi metodele obiective de cercetare. In acest sens, cercetările lui Leontiev, Rubinstein, Anohin, Luria şi numeroşi alţi autori (41, 51) constituie contribuţii importante, la fel ca şi lucrarea lui M.S. Lebedinski şi V.M.Miasîşcev (2o), în mod distinct intitulată "Introducere în psihologia medicală".

Nu poate trece nesemnalat, indiferent de opinia critică asupra bazelor doctrinale, contribuţia adusă, în problema comportamentului de Thorndike, Watsen şi behaviorism, psihologia experimentală a lui R.S.Woowerth şi H.Schlesberg (4,22,45).

Cercetările medicinei psihosomatice, care au stagnat în studiul psihogenetic al comportamentului, sînt în ultimii ani substituite de importanţa preocupărilor pentru stress-ul relaţional şi modul de a reacţiona prin comportament observabil faţă de boală, prin care ea însăşi poate deveni sursă de conflict interuman (5,14, 24).

Boala poate fi concepută ca un fenomen abstract, în afara observaţiei sociale, atunci cînd o studiem sub forma de concept general, în scopul sesizării legilor şi mecanismelor ei de funcţionare. Dar ea reprezintă, în acelaşi timp şi în mod individualizat, suma reacţiilor fizice şi mentale ale unei persoane la agenţi nocivi exprimată psihocomportamental prin stări afective, acţiuni efectorii, activitate simbolică de gîndire şi limbaj. Boala, în

acelaşi timp, înseamnă şi modul în care cineva trăieşte procesul patologic, ca membru al unui grup social şi măsura în care acest fapt influenţează comportamentul său în interacţiunea participării la restanţele de grup ca şi concepţiile colectivităţii despre boală.

Generalizarea datelor despre comportament, în aceste condiţii, va lua în considerare personalitatea pacientului prin caracteristicile motivaţionale ale dezvoltării sale ontologice, relaţiile sale curente de viaţă, valoarea pentru procesul morbid al factorilor aparţinînd mediului neuman, precum şi particularităţile procesului patologic.

Răspunsul, ca fenomen care semnifică ceea ce o persoană percepe,simte şi gîndeşte, este intrapsihic, comportamental şi relaţional faţă de ambianţă.El va fi conform cu informaţia unei persoane şi a colectivităţii despre boală, evaluarea ei critică privind comportamentul vizibil, prevederile consecinţelor ei şi adoptarea unor măsuri protective pentru individ şi relaţia comunitară.

Să nu omitem, fără a tenta o integrală tratare şi importanţa tradiţiei unor surse ce aparţin şcolii noastre medicale. Incă Julian Lukaszewski precursorul asistenţei psihiatrice moderne la Iaşi sublinia calităţile necesare unui medic şi anume spiritul umanist, cunoştinţe şi însuşiri de psiholog, alături de temeinica sa pregătire în disciplinele biomedicale. Al.Brăescu şi Panaite Zosiu s-au referit în lucrările lor la aspecte ce priveso relaţia dintre starea de sănătate, boală şi societate ca şi la unele semnificaţii ale determinismului psihocomportamental. Era perioada de început a psihiatriei la Iaşi,perioada de înfiinţare a spitalului "Socola", în care ideile şi progresul ştiinţei europene găseau climatul propice unei originale dezvoltări prin oamenii şi instituţiile de învăţămînt şi cultură ale timpului. Prin activitatea ştiinţifică a lui C.I.Parhon putem ilustra caracterul aplicativ al cercetării medicale spre interdisciplinaritate, într-un original şi creator cadru teoretic, cu multiple referinţe de studiu asupra psihoafectivităţii, memoriei, conduitelor criminogene şi psihopatologiei clinice. Buletinul societăţii de Neurologie Psihiatrie,Psihologie, Endocrinologie înfiinţat la Iaşi a promovat o reală deschidere şi către psihologia medicală, deschidere continuată apoi de Leon Ballif, participant la primul congres mondial de igienă mintală de la Wasghinton, al cărui elev a fost şi P.Brânzei, ca şi de buna şi durabila colaborare cu facultatea şi catedra de psihologie a

Universităţii "Al.I.Cuza", colaborare susţinută de valoroasa contribuţie ştiinţifică a Acad.V.Pavelcu atît de ataşat acestei relaţii interdisciplinare.Activitatea noastră la rîndul său nu face decît să exprime nesubstituibila valoare a psihologiei în cercetarea medicală actuală ca şi perspectiva unor surse creative pentru dezvoltarea psihiatriei. In prezent, pentru a ilustra o prestigioasă contribuţie la dezvoltarea psihologiei şi a problematicii sale aplicative ne putem referi la lucrările lui Paul Popescu Neveanu, M.Golu, Em.Verza, A.Atanasiu, Al.Sen, D.Ivana precum şi la durabila colaborare cu valoroase cadre din învăţămîntul universitar de la Iaşi - Stela Teodorescu, A.Cosmovici, Cornelia Dimitriu, A.Neculau, T.Pruna, T.Rudică, C.Logofătu, I.Holban, putînd astfel proiecta activităţi care să promoveze învăţămîntul, cercetarea, perfecţionarea profesională şi competenţele aplicative în variata problematică a asistenţei medicale (1,8,12,16,25,42,43).

La lucrările ce pot fi considerate de valoare directivă pentru cercetarea şi învăţămîntul psihologiei evidenţiem contribuţiile aduse psihologiei medicale de disciplinele de psihologie din învăţămîntul universitar medical şi în mod deosebit valoroasele contribuţii pentru relaţia psihologiei cu psihiatria de către E.Pamfil (23), V.Predescu (36), G.Ionescu (15) şi alţii,prin care poate fi ilustrată contribuţia conceptuală şi metodologică la interdisciplinaritate. Desigur, acest simplu caracter enumerativ al unor contribuţii şi activităţi nu poate sugera decît parţial ceea ce se referă la orientările medicale ale şcolii de psihiatrie de la Socola.

Cercetare şi metodă.

Psihologia medicală în sensul aplicativ, deţine două atribute esenţiale: - 1. participă, la formularea diagnosticului şi 2. participă, prin metode proprii, la actul terapeutic (6,1o,22).

Diagnosticul psihologic se aseamănă doar parţial cu cel medical şi el se bazează pe: -descripţia modificărilor de comportament ale persoanei cercetate în condiţiile vieţii de grup social, familie, loc de muncă sau chiar în momentul examinării; - decelarea originii disfuncţiilor psihice în domeniul motivaţiei şi a orientării, care ne permit rezolvarea corectă a problemelor de existenţă; stabilirea gradului de participare a mecanismelor psihologice în geneza modificărilor de comportament, fie prin plasarea persoanei în situaţii dificile, fie prin defect al personalităţii

de natură constituţională sau dobîndită prin factori endo-exogeni.

Diagnosticul psihologic este analitic şi integrativ,iar în raport de situaţie şi de aspect nosologic, unul din procedeele de diagnostic poate deveni preponderent. In orice situaţie însă,el se bazează pe diagnosticul medical, cu toate elementele sale funcţionale subsidiare: rezistenţa organismului, răspunsul la actul terapeutic, evoluţia procesualităţii, prognosticul bolii(7,3o,5o,52).

Diagnosticul medical beneficiază intensiv de cel psihologic şi se completează comprehensiv prin informaţii care permit o reală individualizare a actului profesional şi umanitar de asistenţă medico-socială. In acest mod, cunoscînd gradul de deteriorare organică, se stabileşte handicapul psihologic şi social al unei persoane, ca şi raportul stressant al acestei situaţii faţă de procesul morbid şi funcţiile homeostazice ale organismului.

Stabilirea diagnosticului psihologic pentru utilitate medicală este atribuţia psihologului, diferenţiat şi specializat în problemele psihologiei medicale.Numai acesta, prin specializarea sa, poate poseda abilitatea tehnică,informaţia teoretică şi timpul programat pentru aplicarea metodelor psihologice de investigaţie,al căror rezultat se integrează în diagnosticul medical.

Metodele de explorare pentru elaborarea diagnosticului psihologic sînt clinice şi experimentale (32,34,5o).

Metodele clinice privesc observaţia bolnavului şi investigarea sa prin discuţie dirijată, obţinîndu-se date elementare asupra funcţiilor psihice, reacţiilor generale de comportament, datelor actuale de viaţă, modului de existenţă, precum şi a dezvoltării sale psihologice în raport de circumstanţele semnificative din istoria vieţii sale.Aceste date configurează tabloului clinic al celui examinat, capacitatea sa de integrare în relaţiile interpersonale, cît şi dificultăţile faţă de care şi-a pierdut abilitatea integralei sale afirmări.

Investigaţia psihologică clinică cere o deosebită competenţă, cîştigată prin instruire şi exerciţiu.Ea poate constitui o probă suficientă pentru necesitatea formulării diagnosticului sau să stabilească ipoteze care să necesite o verificare prin metodele experimentale.

Metoda experimentală, sau experimentul diagnostic, se bazează pe modul de rezolvare de către persoana cercetată a unei teme prestabilite şi, în raport de rezultatul obţinut, se stabilesc unele

caracteristici psihologice şi uneori nivelul lor. Experimentul standardizat este, în mod general, denumit test; experimentul nestandardizat - denumit şi experimentat clinic - se programează individual pentru anumite cazuri, în scopul verificării unei anumite ipoteze diagnostice. El este nestandardizat dar programat individual.Pentru realizarea lui se selectează comportamentul ce trebuie elucidat, se construieşte ipoteza explicativă şi apoi se verifică ipoteza cu ajutorul unui experiment ales. Dekher şi Groen au folosit experimentul clinic pentru a verifica stimulii emoţionali care contribuie la declanşarea accesului de astm.(1o).

Experimentul standardizat. Metoda testelor psihologice,deşi mult controversată,justifică utilitatea lor în forma aplicării judicioase la ansamblul explorărilor clinice. Inceputurile acestor tentative sînt legate de numele lui F.Galton şi John Mc.Cattel,care le-a introdus în psihologie, extinse apoi de Binet pentru determinarea dezvoltării intelectuale a copiilor şi mult dezvoltată de H. Minsterberg la determinarea aptitudinilor în scopul selecţiei profesionale.

Definirea testelor a fost deosebită în raport de apartenenţa ideologică a grupurilor de cercetători, de scopul utilizării lor, precum şi de condiţiile în care au fost aplicate. Definiţia adoptată de Asociaţia Internaţională de Psihotehnică consideră testul "o problemă definită, implicînd o sarcină de îndeplinit,identică pentru toţi subiecţii examinaţi, cu o tehnică precisă pentru aprecierea succesului sau eşecului său pentru notarea numerică a reuşitei".

Riscul unei asemenea definiţii este uşor de întrevăzut,prin abuzul standardizării care nu ţine seama de parametrii individuali ai personalităţii studiate, care-şi are experienţa proprie în complexul factorilor sociali-morali caracteristici dezvoltării sale.

P.Pichot (1o) consideră testul mental "o situaţie experimentală standardizată servind de stimul unui comportament. Acest comportament este evaluat într-o aceeaşi situaţie cu cel al altor subiecţi plasaţi într-o aceeaşi situaţie, permiţînd astfel clasarea subiectului examinat, fie în mod cantitativ, fie în mod tipologic". Definiţia lui P.Pichot implică: 1. o situaţie experimentală constituită dintr-o probă sau mai multe; 2. înregistrarea obiectivă a comportamentului declanşat; 3. evaluarea statistică a acestui comportament; 4.clasarea lui, în raport cu un grup determinat.

Sub aceste aspecte, testul psihologic poate face parte din

ansamblul de investigaţii asupra comportamentului bolnavului.El prezintă o valoare teoretică, permiţînd verificarea ipotezelor asupra apartenenţei nosologice a unui comportament patologic şi o valoare practică, răspunzînd la cunoaşterea clinică mai precisă a bolnavului pe parcursul asistenţei medicale. Utilizarea acestor metode a devenit în fapt atît de comună, încît medicul este indispensabil legat de folosirea lor în activitatea clinică.

Testul psihologic rezultat din experiment poate comporta o asemănare cu examenul clinic.Examenul clinic, bazat însă pe cercetări şi probe, poate deveni test numai în măsura în care este raportat la un studiu statistic, întrucît experienţa medicului nu este niciodată suficientă pentru a se substitui acestui studiu.Analiza factorială, utilizată ca metodă matematică în cercetarea clinică, foloseşte tocmai elementul cunoscut şi comun al unui grup mare de incidenţe care expune în formulă algebrică permite deducerea unor necunoscute.

Astfel standardizarea concură la o definire mai obiectivă decît simpla observaţie, medicul avînd posibilitatea aplicării ei în studiul dinamic al evoluţiei bolnavului.

In raport cu conţinutul cercetării care urmăreşte a stabili structura personalităţii sau constituţia sa, metodele experimentale pot fi: 1,obiective, raportîndu-se la un obiect determinat de studiu (desenul, producţia aritmetică, comportamentul unui bolnav) sau 2. metode subiective, care se raportează la starea psihică rezultată din introspecţia trăirilor subiective.

Aceste metode care folosesc în testarea psihică elementul comun, dedus din standardizare, sînt desăvîrşite de metodele proiective care permit aprecierea în mod dinamic o momentelor care participă la formularea complexă a răspunsului, în baza unor multipli factori determinanţi.(22).

Există multiple modalităţi de clasificare a testelor.Ele diferă după modul lor de utilizare şi după scopul lor. In general pentru utilizarea clinică se pot distinge două grupe de teste, din care unele susceptibile de o evaluare cantitativă şi alte teste ale personalităţii prin metode proiective, capabile de a evalua în mod calitativ structura personalităţii.

Descrierea şi tehnica acestei metodologii face parte din cunoştinţele şi capacitatea aplicativă a psihologului ca şi din instruirea necesară înţelegerii particularelor aspecte ale psiho-

Scanned with OKEN Scanner

logiei medicale în relaţiile sale cu diferite forme de boală şi devianţa psihocomportamentală. Doar în condiţia acestei necesare specializări cu aplicarea critică, selectivă sau deseori grupate a instrumentarului variat şi complex al explorării psihologice, se poate realiza utila şi reciproca relaţie dintre psihiatrie şi psihologia medicală.

Relaţii actuale şi de perspectivă. Aspectele de referinţă ale psihologiei medicale în relaţie cu cercetarea şi asistenţa psihiatrică comportă mutaţii şi particularităţi ce decurg din progresele şi tehnicizarea medicinei contemporane ca şi din actuala expansiune a psihiatriei şi a modalităţilor sale de intervenţie pentru promovarea sănătăţii mentale (9,32,48).

Medicina contemporană specializată şi chiar hiperspecializată, cu posibilităţile sale de explorare ajunse la un nivel de acurateţe, mereu perfectibil prin progresul tehnic şi instrumental a dus în mod inerent la scăderea, aproape de anulare, a tradiţionalei relaţii interpersonale de ereditare morală şi liant emoţional între medic şi pacient. Fără a atribui aceste observaţii în egală măsură la toate formele de asistenţă medicală, se constată totuşi prezenţa acestor tendinţe în procesul şi căile de elaborare a diagnosticului prin contactul cu diferite tehnici sau chiar specialităţi medicale, contact care de fapt contribuie la diminuarea comprehensiunii din tradiţionala şi bilaterala relaţie subiectivă. De asemenea aplicarea asistenţei în etapele sale clinice, de postcură, reexaminarea periodică sau dispensarizarea introduce în mod firesc multiple contacte prin proceduri formalizate sau instituţionalizate care influenţează condiţia subiectivă a bolnavului pînă la gradul unui risc de înstrăinare a integralităţii cu valorile existenţei sale. In asemenea condiţii care exprimă tendinţe ce decurg din specializarea şi tehnicizarea actului medical se ajunge la necesara opţiune de formulare umanistă şi axiologică atît a modalităţilor asistenţelor medicale cît şi a cercetării sale asupra stării de sănătate a unei persoane sau a unei populaţii.

Psihiatria şi psihologia medicală, prin demersul lor de cercetare plasat în problematica existenţei şi devenirii personalităţii şi în general a condiţiei umane, pot contribui, şi acest lucru este aşteptat, la instituirea unei comprehensiuni şi lucide responsabilităţi faţă de starea de sănătate mentală în dinamica relaţiilor lumii noastre contemporane (1,3,29,39).

Scanned with OKEN Scanner

Psihiatria şi psihologia medicală dispunînd de progresele actuale ale explorărilor analitice şi cantitative, cît şi de capacitatea de a opera cu sisteme funcţionale integrale oferă o exemplară deschidere către axiologia existenţei şi a destinului condiţiei umane în prezenţa unei factorialităţi de risc patogen ce poate aparţine şi posibilităţilor create de propria sa civilizaţie.Urmarea aplicativă a înţelegerii acestei relaţii actuale dintre psihiatrie şi psihologie medicală se referă la o dinamică problematică şi diferenţiată a psihodiagnosticului şi psihoterapiei în sistemul etapizat şi individualizat al asistenţei medicale. Investigaţia psihologică completează cu sensibilitate şi competenţă diagnosticul medical şi prognoza sa prin evaluarea procesualităţii unei stări psihopatologice în sistemul relaţional şi unor factori sanogeni şi patogeni al unui spaţiu ambiental.

O situaţie dificilă sau un risc faţă de starea de sănătate a unei persoane, un debut de boală sau semnificaţia de gravitate a prognozei sale, un proces de degradare sau destructurare a unei personalităţi sînt incidenţe sau destine individuale, dar şi psihotraume, cu potenţiale mutaţii de valori şi motivaţii pentru ceea ce noi denumim o psihopatologie relaţională(1,30,32,37).

In acest context psihiatria dezvoltă în prezent şi proiectează prin anticipaţie modalităţile sale de asistenţă populaţională,care implică precizări conceptuale, diversificări acţionale şi o activă sesizare a unor factori de risc sau tendinţe în evoluţia stării de sănătate mentală, ca valoare dinamogenă pentru condiţia persoanei şi a grupului comunitar de care aparţine aceasta. Aspecte cum sînt de exemplu: entologia personalităţii şi dinamica modelelor sale de identificare, ecosistemul familial cu factorialitatea sau efectele conjugopatiilor, formele discomportamentale ale eşecului şi frustrării în alcoolism, hetero şi autoagresivitatea în sistemul relaţiilor interpersonale, boala mentală şi relaţia victimologică,şi desigur altele ce pot fi enumerate, exprimă actuala dimensiune medicală a psihiatriei,dar şi posibilitatea colaborării interdisciplinare cu psihologia, în proiectarea unei comprehensive explorări a factorilor subiectivi şi a modalităţilor de organizare a unei asistenţe populaţionale.Astfel prin exemplificarea făcută dorim să semnalăm diversitatea actuală a conţinutului tematic în psihologia

medicală cînd se referă la boala şi bolnav, la boală, bolnav şi grupul comunitar sau la bolnav şi terapeutul său (45,46,48). Această diversitate duce în mod firesc la selectarea metodelor de explorare şi psihoterapie, la gradarea evoluţiei fenomenologiei şi a personalităţii cercetate, la validarea unor rezultate obţinute prin intervenţia medicală şi în general la operaţiuni diferenţiate şi repetate capabile să evidenţieze dinamica unor relaţii psihocomportamentale. In acest mod procedăm la explorarea psihologică a unor efecte terapeutice, la explorările din activităţile expertale, la explorarea din durata unor evoluţii clinice a bolnavilor asistaţi în spital, sau aflat în postcură sau dispensarizare şi să nu omitem, valoarea preventivă a unor examinări în situaţii psihoexistenţiale dificile, examinări care au calitatea de a orienta şi asistenţa psihiatrică.(3o,32,34).

In concluzie metodele de explorarea psihologică aplicate la situaţii psihopatologice diferenţiate, şi după o dinamică caracteristică scopului urmărit oferă în mod necesar posibilitatea elaborării unei evaluări de sinteză.Această evaluare este uneori dificilă datorită semnificaţiei diferită a rezultatelor obţinute,dar care prin procedee de apreciere cantitativă sau calitativă poate preciza semnificaţia tulburărilor decelate şi a mecanismelor lor ca factori patogeni ai personalităţii şi ai relaţiei salepsihocomportamentale.

Psihologia medicală prin obiective şi modalităţile sale de cercetare oferă posibilitatea unei mai bune precizări şi aprecieri a tulburărilor psihice din evoluţia unui proces de îmbolnăvire, fapt atît de necesar diferenţierii actului terapeutic şi a modalităţilor de asistenţă medicală proectată competent şi comprehensiuni faţă de persoana bolnavă, ambiantă şi factorii ce întreţin riscul de îmbolnăvire.

Relaţia dintre psihiatrie şi psihologia medicală se exprimă şi se dimensionează de fapt după problematica stării de sănătate mentală a lumii contemporane şi promovarea valorilor care-i pot promova progresul.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Adam K.S.: Attempted Suicide.Psychiatr.Cl.of North America 1985, 5.2,183-2o1.
2. Alexandrowicz J.W.,Zgud J.: Objawy nerwicowe w schorzeniach psychosomatycznych Psychoterapia 1986,1,5-16.
3. Andreoli A.,Lalive J., Garrone G.: Crise et intervention de crise en psychiatrie.Edit:S.I.M.E.P.Paris 1987.
4. Arseni C., Golu M.,Dănăilă I.: Psihoneurologia, Edit,Acad.R.S.R. 1983.
5. Bernard P., Trouve F.: Sémiologia psychiatrique.Edit.Masson, Paris,1977.
6. Bilikiewicz A.(red.) Zarys metad leczenia w psychitrii.Edit. P.Z.W.L.Wars 1987.
7. Bilikiewicz T.: Psychoterapia w praktyce ogolnoleksrskiej. Edit.P.Z.W.L.Wars 197o.
8. Ciofu I., M.Golu.,C.Voicu :Tratat de psihofiziologie.Edit.Acad. R.S.R.Bucureşti,1978.
9. Dabrowski K.(red.) Zdrowie psychiczne.Edit.P.W.N.Wars 1985.
1o. Delay J., Pichot P., Perse J.: Méthodes psychometrique en clinique.Edit.Masson;Paris 1969.
11. Enăsescu V.: Dialogul medic-bolnav.Edit.Dacia 1981.
12. Golu M., Dicu A.: Introducere în psihologie.Edit.Stiinţifică, Bucureşti 1972.
13.Heuyer C.: Vingt lecons de psychologie médicale.Edit.P.U.F. Paris 1966.
14.Ionescu G.: Psihosomatica.Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti 1975.
15.Ionescu G.: Introducere în psihologia medicală - Edit.Stiinţifică Bucureşti,1973.
16.Ionescu G.(coord.) Psihologie clinică. Edit.Acad.R.S.R.,Bucureşti 1983.
17.Karasu T.B.,Bellak L.: Specialized Techniques in Individual Psychotherapy.Brunner Mazee Publ.New York 197o.
18.Kretschmer W.: Psychologie médicale.Edit.G.Doin, Paris 1956.
19.Kourilsky R.,Gendroit J.A.,Rombauld E.: La formation psychologiwue des médicins.Edit.Maloine,1964.
2o.Lebedinski M.S.,Miasiscev V.N.: Vedenie v meditinskoi psihologii-Edit.Meditina, Leningrad 1966.

Scanned with OKEN Scanner

21.Lopez Iber J.J.: Lecciones de psicologia medica.Edit.Pazoleutaeva, Madrid 1964.
22.Meili R.: Manuel de diagnostic psychologique.Edit.P.U.F.Paris 1964.
23.Pamfil E.,Ogodescu D.: Persoană şi devenire.Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1976.
24.Pavelcu V.: Drama psihologiei - Edit.Didactică şi Pedagogică, Bucureşti,1972.
25.Pavelcu V.: Metamorfozele lumii interioare. Edit.Junimea,Iaşi, 1976.
26.Pichot P.(sous la dir): L' anxieté.Edit.Marson, Paris,1987.
27.Pieter J.: Historia psychologiei.Edit.P.W.N.Wars,1974.
28.Pirozynski T.:Psihologia medicală şi semnificaţia metodelor psiholohice de explorare în medicină.Rev.Med.Chir. Iaşi,1972,2,469-678.
29.Pirozynski T.: Elemente de psihiatrie. I.M.F.Iaşi,1980.
30.Pirozynski T.(sub red.) Psihiatria azi - Actualităţi şi perspective în asistenţa bolilor psihice.Rev.Med.Chir. Iaşi (supl.)1985.
31.Pirozynski T.(sub red.) Interferenţe psihiatrice - Rev.Med.Chir. Iaşi (supl.)1986.
32.Pirozynski T.(sub red.) Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic.I.M.F.Iaşi,1987.
33.Pirozynski T., Scripcaru Gh., Gottlieb H., Pirozynski Miarka : La psychopathologie de l' interraction dans la recherche et l'assistama psychiatrique du comportemente dissociales,VII.Congs.Mond.de Psychiatr, Vienne 1983,116 (562).
34.Pirozynski T., Luchian Magda, Cosmovici N., Chiriţă V.,Boişteanu P.,: Semnificaţii psihologice în asistenţa medicală. Rev.Med.Chir.Iaşi 1987,2,239-243.
35.Pohorecka Anna: Diagnoza w procesie terapii rodzin.Psychoterapie 1986,1,17-23.
36.Predescu V.: Psihiatria - Edit.Medicală Bucureşti 1976.
37.Predescu V.; Nica Udangiu St., Nica Udangiu Lidia :Edit.Medicală Bucureşti 1983.
38.Reykoroski J.: Exprymentalna psychologia emocji Edit.Kaiazka wiedza wars 1974.

39.Rogers CR.: La relation d'aide et la psychothérapie - Edit. R.S.F.Paris 1970.

40.Rogers K., Kinjet G.M.: Psychotérapie et relations humaines (vol 1,2). Edit.Publications Universitaines, Louvairi 1975.

41.Rojnowa V.E.: Rukavodstva po psihoterapii. Edit.Meditina,Taskent 1979.

42.Rudică T.: Eu şi celălalt.De la poziţia egocentrică la poziţia altrnistă Edit.Junimea Iaşi.1979.

43.Rudică T.: Niveluri ale conduitei umane. Edit.Junimea,Iaşi,1984.

44.Santibanez H.G.,Lindemann Marianne: Interduction to the Physio-pathology of Neurotic states.Edit.Georg Thieme, Leipzig 1985.

45.Sapir M.: La formation psychologique du médecin.Edit.Payot,Paris 1972.

46.Sen Al.:Laborator 1 de psihologie clinică.Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1975.

47.Shepherd M.(edit.by): The Scientific Foundations of Psychiatry (vol.5) Cambridge.Univ.Press 1985.

48.Sivadon P.: Traité de psychologie medicale.Edit.P.U.F.Paris,1973.

49.Sivadon P.; Duron Jeanne: La santé mentale.Edit.Ed.Privat, Toulouse;1979.

50.Teodorescu-Exarcu I.: Explorares paraclinică.Edit.Medicală Bucureşti 1970.

51.Tomaszewski T.(red.) Psychologia Edit.P.W.N.Wars 1975.

52.Zazzo R.: Manuel pour l'examen psychologiques de l'enfant.(vol. 1,2).Edit.Delachaux et Niestlé,Suisse,1969.

53.Wisechutter E.: Medizinische Psychologie für Verkliniker - Edit Urban Schwarzenberg, München 1960.

Scanned with OKEN Scanner

Psihologia personalității
Explorări psihologice în asistența medicală

Scanned with OKEN Scanner

SPRE O PEDAGOGIE DE SINTEZA

G.VAIDEANU
Universitatea "Al.I.Cuza" Iaşi

Accentuarea orientării spre sinteză în pedagogia contemporană este un răspuns dat unor evoluţii impetuoase, unor "izbucniri de orientări şi idei" din domeniul practicii educaţionale şi al ştiinţelor educaţiei. Evoluţiile traduc expansiunea cantitativă şi calitativă a educaţiei şi faptul că rolul ei în dezvoltarea socio-economică şi culturală a naţiunilor contemporane este în creştere.Orientarea spre abordarea holistică şi spre sublinierea unităţii în varietate este o atitudine epistemologică sau o reacţie întreţinută de principalii beneficiari ai acestor evoluţii şi achiziţii,adică de cei care proiectează, desfăşoară şi evaluează procese instructiv-educative şcolare sau post-şcolare. In ce sens se poate vorbi de o multiplicare a evoluţiilor şi a demersurilor de ordin educativ-pedagogic? Cum se poate ajunge la o articulare şi la o ierarhizare a achiziţiilor şi a noilor orientări?

I.Multiplicarea demersurilor, a achiziţiilor şi a domeniilor pedagogiei

Pe măsură ce s-au admis şi impus un număr de adevăruri cum sînt "dezvoltarea trece(se face) prin educaţie","învăţarea devine fundamentală pentru viitorul naţiunilor","competiţiile viitorului se vor da în primul rînd în domeniul educaţiei şi al culturii"ş.a. s-a multiplicat şi numărul demersurilor vizînd problematica educaţiei. Acest val al multiplicărilor s-a propagat la toate nivelurile atît în planul teoriei, cît şi în cel al practicii educaţionale.

1.Noile tipuri de conţinuturi sau noile educaţii

Incercînd să sărpundă evoluţiilor mai sus menţionate şi imperativelor generate de ceea ce Aurelio Peccei a numit problematica lumii contemporane specialiştii au propus noi tipuri de conţinuturi sau noi educaţii; acestea figurează cu denumiri adecvate şi în programele Unesco (6, 8, 1e) după cum apar uneori, ca discipline, module sau teme distribuite în aria mai multor discipline şi în planurile de învăţămînt din unele ţări. De altfel, lista noilor educaţii rămîne deschisă aflîndu-se în prefacere şi îmbogăţire.

Educaţia relativă la mediu (în franceză éducation relative à l'environnement) care angajează atît discipline exacte, cît şi pe cele umanist-sociale.

Educaţia pentru bunăînţelegere şi pace care îşi propune promovarea dialogului şi a cooperării, ameliorarea relaţiilor interumane (dintre indivizi, grupuri şi naţiuni) şi formarea oamenilor ca apărători activi ai păcii.

Educaţia pentru participare şi democraţie

Educaţia în materie de populaţie (în franceză éducation en matière de population) care în unele ţări figurează ca disciplină în orarul şcolar.

Educaţia pentru o nouă ordine internaţională (economică sau economică şi etică); conţinuturile ei sînt din ce în ce mai bine precizate şi luate în seamă de autorii de programe şcolare şi de educatori.

Educaţia pentru comunicare şi pentru mass-media care îşi propune nu numai formarea unei atitudini adecvate şi selective faţă de informaţia care îl asaltează pe om în societatea contemporană, ci şi cultivarea receptivităţii faţă de valorile culturale şi de sensurile spirituale ale vieţii.

Educaţia pentru schimbare şi dezvoltare care urmăreşte să-l înveţe de tînăr să se situeze şi să se menţină în centrul dezvoltării ca agent,scop şi beneficiar al acesteia; ea corespunde imperativului care se regăseşte sub diferite formulări în documentele programate ale partidului nostru, una dintre cele mai cunoscute fiind aceea că"totul se face prin om şi în folosul omului".

Educaţia nutriţională (în engleză "nutrition education") care reprezintă în unele ţări o disciplină de învăţămînt sau o activitate extraşcolară vizînd cunoaşterea alimentelor şi a substanţelor nutritive, producerea şi/sau utilizarea acestora, conservarea alimentelor, alimentaţia copilului, alimentaţia raţională etc.

Educaţia economică şi casnică modernă care, mai ales în ţările dezvoltate, constituie o disciplină sau o activitate educativă importantă dispunînd de laboratoare şi incluzînd mobilarea locuinţei, viaţa de familie (aniversări, sărbători, stiluri,etc.) educaţia economică şi utilizarea bugetului etc. Ea este concepută ca o pregătire indirectă pentru muncă pornindu-se de la teza confirmată de viaţă că orice tînăr care începe să presteze o muncă trebuie să ştie mai întîi să-şi organizeze propria viaţă; se apreciază mult faptul că această educaţie, care pare celor neavizaţi "banală sau vetustă", conduce la consolidarea familiei şi la sporirea productivităţii muncii.In Japonia în contextul acestei educaţii se regăsesc

"Ikebana" (arta aranjării florilor), ceremonia ceaiului (Tea Ceremony), îmbrăcămintea ş.a.

Educaţia pentru timpul liber care se dovedeşte din ce în ce mai necesară şi benifică incluzînd componente culturale, artistice, turistice, sociale (participarea părinţilor la viaţa şcolii, a cartierului etc.); ea se dovedeşte o educaţie rentabilă sub raport economic, familial, sanitar şi social, iar importanţa ei sporeşte pe măsură ce sporeşte timpul liber (se anticipă că spre sfîrşitul secolului multe ţări vor trece la ziua de lucru de 6 ore sau la săptămîna de lucru de 4 zile).

2. Multiplicarea pedagogiilor

Intr-un ritm asemănător s-au multiplicat ramurile sau domeniile pedagogiei. Alături de pedagogiile mai de mult constituite - pedagogia artei, pedagogia culturii, pedagogia industrială ş.a. au apărut pedagogia timpului liber, pedagogia cibernetică, pedagogia valorilor, pedagogia ecologică şi multe altele. Uneori aplicarea unui nou concept-diriguitor (managing-concept) sau a unui principiu organizator a dat naştere unei "noi pedagogii". Astfel, acţiunea de integrare a conţinuturilor sau de promovare a interdisciplinarităţii în conceperea şi organizarea conţinuturilor învăţămîntului a fost denumită de unii specialişti cu expresia de pedagogie a unităţii x). Nu totodeauna justificată, multiplicarea pedagogiilor constituie o evoluţie ireversibilă şi lista lor rămîne şi ea deschisă.

3. Multiplicarea demersurilor în cercetarea educaţiei

Acum trei-patru decenii numărul "ştiinţelor auxiliare sau conexe" ale pedagogiei nu depăşea o duzină. Afirmînd ideea specificităţii educaţiei şi a pedagogiei, idee justificată, unii pedagogi căutau să "apere" ştiinţa fundamentală a educaţiei de invazia sau de agresivitatea altor discipline. De fapt, ei căutau să-i închidă comunicarea cu alte ştiinţe într-o perioadă de promovare a interdisciplinarităţii. Astăzi, în cercetarea educaţiei intervin atîtea demersuri, teorii sau discipline încît achiziţiile sau teoriile din ce în ce mai greu de conciliat, de corelat şi de sintetizat. Această excepţională afervescenţă şi confruntare de achiziţii, viziuni şi/sau prognoze constituie, fără îndoială, consecinţa nemijlocită a descoperirii complexităţii domeniului şi a rolului fundamental al educaţiei în progresul naţiunilor contemporane.

Tocmai de aceea, explicaţiile sau teoriile unilaterale privitoare la educaţie ca sistem şi/sau proces nu mai au şanse de a face carieră. Chiar dacă formulele simpliste şi uniformizatoare, care ignorează atît specificitatea, cît şi varietatea fenomenelor educaţionale, îi mai pot captiva pe unii educatori sau teoreticieni ai educaţiei, ele se ofilesc la confruntarea cu practica educaţională sau cu teoria holistică a educaţiei. Dacă sociologismul, psihologismul, cibernetismul, economismul, tehnologismul etc. constituie demersuri fără viitor, în schimb, sinteza achiziţiilor produse de multitudinea disciplinelor care studiază educaţia apare nu numai ca problemă deschisă, ci şi ca un imperativ gnoseologic prioritar.

II.Argumente pentru o sinteză echilibrată şi specifică

In ultimele decenii în literatura pedagogică şi în programele Unesco s-a accentuat preocuparea pentru selecţionarea, ierarhizarea şi articularea imensului volum de demersuri, de teorii sau de rezultate ale cercetătorilor experimentale produse de ştiinţele educaţiei. In acest sens este semnificativă frecvenţa cu care intervin în studii şi în proiecte concepte cum sînt integrare, interdisciplinaritate, abordare sistemică şi holistică etc.Astfel de demersuri globale şi integratoare sînt preconizate sau folosite din ce în ce mai frecvent atunci cînd este vorba de conceperea conţinuturilor învăţămîntului sau a tehnologiei didactice,de regîndirea subsistemelor de formare iniţială şi continuă a educatorilor (3 şi 4) etc. S-a deschis astfel o luptă împotriva incoerenţei şi a rupturilor care s-au propagat în sistemele de învăţămînt, sisteme supuse deseori în trecutul apropiat unor transformări precipitate sau dominate de o anumită teorie,una singură. Totodată, se urmăreşte cu mai multă insistenţă promovarea unei metodologii globale, coerente şi interdisciplinare în conceperea proiectelor de reformă a sistemelor educative şi a lucrărilor monografice destinate formării şi orientării educatorilor.

In acest sens este semnificativ faptul că în anul 1984 Consiliul Europei a solicitat şi a dezbătut un document fundamental intitulat Timpul pedagogiei luminate(12).

---

x) Văideanu G., L'interdisciplinarité dans l'enseignement: une nouvelle pédagogie ou un principe à appliquer? In volumul Congres Mondial d'Education Comparée , Paris,juillet,1984,p.152.

In concepţia celor care au comandat studiul ca şi a autorului se pot identifica atit preocuparea de a debarasa pedagogia de conservatorism şi de aventurism, de fanatismul unilateralităţii şi de absolutizările filozofice, cit şi aceea de a promova echilibrul,coerenţa, viziunea prospectivă şi continuitatea între trecut,prezent şi viitor. Tocmai multiplicarea excepţională a cercetărilor şi a rezultatelor face necesară sinteza care, odată realizată relansează şi stimulează noi reflexiuni şi investigaţii experimentale.Argumentele care urmează îi au în vedere pe principalii beneficiari ai pedagogiei ca ştiinţă specifică şi fundamentală a educaţiei-învăţătorii şi profesorii.

1.Calitatea învăţămîntului - la confluenţa principiilor şi a achiziţiilor ştiinţelor contemporane a educaţiei

Tentaţia exercitată de formulele de tip panaceu-universal, formule simpliste anunţate drept atotputernice n-a dispărut şi nu ne-a ocolit nici pe noi. Dar, cea mai mare descoperire a acestor ultime decenii o reprezintă faptul din ce în ce mai evident că dezirabilul în educaţie se situează la confluenţa principiilor şi a achiziţiilor ştiinţelor educaţiei. Complexitatea fenomenelor educative face imposibilă găsirea unor soluţii valabile şi viabile pe axa unei singure metode sau al unui singur mijloc de învăţămînt, chiar dacă ar fi verba de învăţarea asistată de ordinator.Problema relativ nouă care se pune atît educatorilor, cît şi teoreticienilor este aceea a conjugării principiilor, demersurilor şi achiziţiilor, exagerarea, suprasituarea unor anumite conţinuturi,metode sau mijloace de învăţămînt nu pot duce la diminuarea eficienţei sale. A reuşi în profesiunea didactică înseamnă a accepta varietatea şi a conjuga în mod fericit ideile şi principiile, dezîndu-le în funcţie de obiectivele urmărite şi de situaţiile educaţionale specifice.Dacă ne situăm la nivelul sistemelor educative şi avem în vedere concluziile desprinse din numeroasele proiecte lansate şi din dezbaterile iniţiate pe tema metodologiei modelării învăţămîntului de mîine am putea întruni un mănunchi de principii şi de strategii care,în ansamblul lor, subliniază importanţa sintezelor.

1.1. Educaţia permanentă ca principiu concept-diriguitor susceptibil de a articula diferitele niveluri şi tipuri ale învăţării şi de a orienta procesele instructiv-educative în perspectiva învăţării continue a autonomiei intelectuale şi a participării.

1.2. Asigurarea relevanței finalităților și a conținuturilor prin deschiderea lor față de problematica lumii contemporane și luarea în considerare a evoluțiilor științei, tehnologiei și culturii contemporane.

1.3. Articularea conținuturilor celor trei tipuri de educație formală, nonformală și informală - astfel încît școala să-și mențină rolul specific și important pe care îl deține în formarea tineretului.

1.4. Promovarea interdisciplinarității în procesul de selecție și organizare a conținuturilor educației formale și nonformale.

1.5. Sporirea eficienței și a caracterului formativ al învățării prin promovarea unei tehnologii didactice caracterizată prin varietate, flexibilitate și relevanță și a unor stiluri pedagogice stimulative pentru elevi și studenți.

1.6. Integrarea învățării asistate de ordinator (IAO) în sfera tehnologiei didactice ca unul dintre modurile învățării.

1.7. Modernizarea și corelarea a două subsisteme cu rol important în inovarea proceselor didactice și în modelarea învățământului de mîine:subsistemul pentru formarea personalului didactic și subsistemul cercetării pedagogice. Inventția presupusă de modernizarea acester subsisteme are efect multiplicator și prelungit fiind o "investiție cu tragere lungă".

1.8. Accentuarea caracterului prospectiv al proceselor de predare-învățare la toate nivelurile învățămîntului.

2. Orientarea spre sinteză stimulează inovația eficientă și pertinentă

Multiplicarea căutărilor, a disputelor și a dezbaterilor a stimulat și stimulează viața cultural-pedagogică a instituțiilor de învățămînt. La rîndu-i, construirea unor sinteze vine în sprijinul celor chemați să proiecteze, să desfășoare și să evalueze procesele instructiv-educative școlare și extrașcolare.Sintezele îi ajută pe educatori să asigure pertinența opțiunilor lor,le dau încredere în ceea ce fac și îi îndeamnă să adopte o atitudine critică și creativă.Îi vor ști să evite unilateralitatea, să nu se lase seduși de exagerările prin care unii autori încearcă să obțină succesul de public și, mai ales, să distingă prompt între ceea ce duce spre viitor și ceea ce i-ar angaja pe drumuri înfundate.Intuind efectele negative ale acestui gen de dogmatism didactic care duce la dezechilibrarea proceselor educative avansam ideea orientării

spre sinteză acum 2o de ani în teza mea de doctorat; "Pedagogia contemporană are dreptul şi posibilitatea să fie o pedagogie de sinteză care să nu se lanseze în direcţii unilaterale,să nu lucreze cu aprobări sau dezaprobări pripite şi categorice...căutînd să fie nouă nu prin unilateralitate, ci prin complexitate, nu prin originalitatea soluţiilor, cît prin valoarea lor aplicativă"(11,p.265).

III.Caracteristicile unei pedagogii de sinteză.

Incercînd să punem în evidenţă caracteristicile unei pedagogii de sinteză avem în vedere nu numai tipurile de lucrări ale domeniului, ci şi spiritul care prezidează la elaborarea acestora. Acum cîteva decenii doar cîteva ţări elaborau lexicoane sau enciclopedii pedagogice, lucrări care presupun echipe puternice capabile să domine şi să ierarhizeze o informaţie foarte bogată şi variată. In ultimul timp numărul ţărilor care elaborează astfel de lucrări de sinteză s-a multiplicat printre ele figurînd nu numai ţări europene ca Cehoslovacia sau Ungaria, ci şi state în curs de dezvoltare. De curînd, în editura Pergamon Press a apărut The International Encyclopedia of education (1985-1986),în lo volume,ca rod al eforturilor şi al cooperării unei mari echipe internaţionale[x].In elaborarea cursurilor sau manualelor destinate formatorilor pentru domenii cum sînt Curriculum sau Evaluation s-a accentuat orientarea spre sinteze echilibrate şi pertinente.Acelaşi spirit traversează lucrarea publicată sub conducerea cunoscutului logician şi pedagog P.Suppes (5) în Statele Unite în cadrul Academiei Naţionale Pedagogice.Spre deosebire de Academia de Stiinţe Pedagogice a U.R.S.R, care efectuează cercetări şi participă la analiza şi programarea rezultatelor, Academia din Washington îşi asumă numai rolul de coordonare şi evaluare a produselor numeroaselor laboratoare,departamente şi centre de cercetări pedagogice constituite fie în cadrul universităţilor, fie ca unităţi independente. Lucrarea mai sus menţionată a abordat o problemă fundamentală cea a impactului cercetării asupra practicii educaţionale.Analizînd, prin intermediul unor studii de caz, modul în care sînt percepute,

---

x) în R.F.Germania, în editura Klett-Cotta, a apărut de-a lungul a cîţiva ani Enzklopadie Erziehungswissenschaft în 12 volume, angajînd sute de autori.

preluate şi aplicate achiziţiile cercetării pedagogice lucrarea conturează o metodologie de utilizat indicînd atît dificultăţi de învins şi carenţe ale acestui proces delicat, cît şi criterii sau metode care ar trebui promovate.In elaborarea programelor Unesco pe termen mediu(8) sau scurt (9) ca şi a rapoartelor de reuniuni ştiinţifice (7) se urmăreşte cu insistenţă promovarea spiritului de sinteză şi atunci cînd este vorba de identificarea tendinţelor, dar şi în cazul oferirii unor sugestii sau recomandări pentru statele membre. Am lucrat la elaborarea unor astfel de documente programatice şi îmi amintesc că îndeosebi paragrafele sau conceptele-cheie făceau obiectul unor dezbateri prelungite şi aprofundate tocmai pentru că ceea ce se căuta era pertinenţa sintezei;fiecare asertiune punea la încercare atît universalitatea experienţei autorului, cît şi capacitatea lui de sinteză.Pe ce cale se poate ajunge la sinteze şi ce caracteristici are o astfel de pedagogie? La ceea ce s-a spus pînă acum - pertinenţă,echilibru,coerenţă,interdisciplinaritate etc.- vom adăuga cîteva idei sau precizări.

1. Promovarea spiritului de sinteză în dezvoltarea pedagogiei presupune integrarea şi folosirea tuturor teoriilor şi achiziţiilor în lumina finalităţii supreme a educaţiei: <u>formarea omului</u>.In raport cu această finalitate ştiinţa,cultura,tehnologia,sportul, etc. constituie mijloace sau instrumente care servesc la dezvoltarea omului în funcţie de doi poli: exigenţele societăţii de astăzi şi de mîine şi propriile aspiraţii sau resurse spirituale.Este bine să amintim aici cîteva axiome care, deşi în mod frecvent amintite, sînt ignorate uneori atunci cînd se concep examenele şi concursurile, cînd se elaborează programele şcolare şi universitare etc."Nu omul este făcut pentru ştiinţă, ci ştiinţa pentru om" (Jesiah Royce) sau " Nu este destul să ai frică sau să admiri ştiinţa; cel mai mare "défi" al zilelor noastre este acela de a umaniza ştiinţa" (Margenau Henry).

2.O pedagogie de sinteză se va dezvolta <u>pe baza unei critici profunde a calităţii vieţii sociale,</u> critică bazată pe ideea societăţii şi vizînd poziţia omului ca agent şi scop al dezvoltării, nivelul cultural-etic al relaţiilor interumane, nivelul atins de participare şi de democratizarea vieţii sociale, calitatea atitudinilor şi aspiraţiilor tineretului. Constituindu-se pe baza unei analize sau critici a calităţii vieţii sociale pedagogia îşi deschide drum nu numai spre sinteze pertinente, ci şi spre statutul de şti-

inţă cu rol ameliorativ şi prospectiv.

3. In calitatea sa de ştiinţă fundamentală,specifică şi de sinteză a educaţiei pedagogia contemporană trebuie să promoveze în abordarea problematicii sale demersul prospectiv-holistic. Prin calitatea soluţiilor sau a răspunsurilor sale ea trebuie să confirme în mod constant două axiome: a) că viitorul începe astăzi contribuind la mai buna rezolvare a problemelor prezentului; b) că numai în măsura în care "trec" prin educaţie formînd atitudini,aptitudini şi sisteme deschise de cunoştinţe ştiinţa, tehnologia şi cultura devin forţele care determină progresul social.In felul acesta demersul descriptiv-static,frecvent în lucrările noastre pedagogice, va fi înlocuit cu cel explicativ-prospectiv care are calitatea de a stimula şi orienta spiritul inventiv. Totodată, educatorii se vor baza mai mult pe bunul simţ şi pe imaginaţie decît pe reţete.

O problemă deschisă este aceea a măsurii în care o pedagogie de sinteză găseşte nu numai spirite capabile şi pregătite să o realizeze, ci şi echipele interdisciplinare presupuse de un astfel de efort ştiinţific dificil şi permanent.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Baez Albert,Innovation in science education-world wide (Inovarea în ştiinţa educaţiei-privire mondială),Paris,The Unesco Press,1976

2.De Landsheere G., Institut de psychologie et des sciences de l'éducation, Cinquantième anniversaire, Liège,1979

3.Lynch James, Integrated policies for the preparation of Educational Personnel.Internaţional Review of Education,Nr.2,1987.

4.Rassekh S.,Vaideanu G.,Les contenus de l'éducation. Perspectives mondiales sur leur évalution d'ici l'An 2ooo,Paris,Unesco,F et A, 1987,Deuxième Partie (G.Vaideanu),Vers des nouveaux contenus ,pp. 121-28o.

5.Suppes Patrick,Impact of Research on Education: some case studies,National Academy of Education,Washington,1978.

6. Thomas L.F.,E.Harri-Augstein,Self-organized Learning,Foundations of a conversational science for psychology,London,Kegan Paul,1985.

7.Unesco,Research and Practice in Education.How to strengthen links between research and practice in order to improve general education.(Cercetarea şi practica educaţională)Internaţional Colloqium, Bucharest,1o-15 November 198o,Final Report,Rapporteur general G. Vaideanu.

8.Unesco,Deuxième Plan à Moyen Terme.1984-1989,Paris,Unesco,1983.

Scanned with OKEN Scanner

CONTEXTUL PSIHOSOCIAL ŞI "CONSTRUIREA" PERSONALITĂŢII

ADRIAN NECULAU
Universitatea " Al.I.Cuza" Iaşi

Fiecare definiţie a personalităţii se concentrează asupra unor aspecte diferite ale comportamentului şi utilizează alte metode de cercetare decît celelalte definiţii.A devenit o observaţie comună faptul că "nu există nici o definiţie a personalităţii recunoscută de către toată lumea"(7). Două observaţii pot fi prilejuite de încercările de a defini satisfăcător personalitatea: a) orice definiţie oglindeşte aspecte ale comportamentului cărora psihologul le acordă o atenţie deosebită; b) nici o definiţie nu este justă sau falsă, ci - pentru psiholog- doar utilă sau mai puţin utilă, în raport cu proiectul său de cercetare. Prin chiar titlul acestui articol noi ne-am anunţat intenţiile: o perspectivă psihosociologică asupra personalităţii.

Toate sintezele asupra personalităţii, realizate în ultimile decenii, propun modele de abordare şi interpretare care raportează despre structuri bine articulate, perfect coerente, excelînd printr-o organizare ierarhică, pe principiul dominantei. Noţiuni ca cele de individualitate, unitate, distincţie (P.Janet), organizare dinamică (G.Allport), organism, ansamblu, integrat (J.Nuttin) sau totalitatea (R.Meili) servesc pentru a sugera ideea de organizare unică a fiecărei personalităţi. La noi V.Pavelcu tinde "spre un model de structură a personalităţii", iar Paul Popescu-Neveanu identifică următoarele concepte cheie: stabilitate,constanţă,formaţiune sintetică.

Teoriile personalităţii, preocupate de explicarea miracolului pe care-l reprezintă întregul, unicul, nerepetabilul au ignorat sau minimalizat importanţa unor "factori exterieri" personali precum contextul psihosocial, ambianţa culturală în continuă schimbare, capacitatea de învăţare socială stimulată de mediu. Echipamentul informaţional al omului, contextul socio-cultural în care acesta s-a format, mentalităţile, aspiraţiile, credinţele ce i-au marcat anii de început au stat mai puţin în atenţia psihologilor care au studiat personalitatea. Antropologii au atras însă atenţia asupra "fundamentului cultural al personalităţii". Normele de personalitate diferă de la o societate la alta, ne informează Ralph Linton, iar individul mediu tinde să amplifice, nu să micşoreze

aceste diferenţe.

Orientarea spre comportament, ca indicater al calităţ ler şi tendinţelor personalităţii, pare să fi apărut ca urmare a revalorificării conceptului din perspectiva psihologiei sociale (5,6). In lucrările ultimilor două decenii se insistă asupra necesităţii ca cercetătorii să poată observa şi măsura comportamentul(produsul:), precum şi relaţiile pe care individul le întreţine cu mediul social, situaţia cu care este confruntat.Pervin (1984) crede că cercetătorul are nevoie de informaţii consistente atît asupra individului, cît şi asupra situaţiei la care se referă mediul său de acţiune (7).Teoria personalităţii trebuie să răspundă la trei întrebări fundamentale, crede psihologul american: Ce? De ce? Ce fel de om este individul (însuşirile persoanei şi relaţiile dintre acestea), cum a devenit ceea ce este (influenţele mediului, istoria devenirii persoanei) şi de ce a evoluat astfel (motivele unui anumit tip de comportament). Alături de determinanţii interieri ai comportamentului, determinanţii exterieri par să fie la fel de importanţi, Skinner (1971) susţinînd că nu persoana influenţează asupra mediului ambiant, ci mediul influenţează asupra individului obligîndu-l să-şi organizeze într-un anumit fel compertamentul.In 1968 Walter Mischel, care se ocupă de învăţarea socială, a scris o carte cu titlul Personalitatea şi aprecierea ei sistematică în care critică temele tradiţionale de abordare a personalităţii, pentru că ele se referă la structuri interne ale personalităţii, stabile, constante, ceea ce are drept consecinţă considerarea comportamentului uman ca fiind aproape neschimbat. Or modificările din mediul psihosocial - se ştie - schimbă strategiile comportamentului uman, determină adaptarea ac uia la situaţia nouă.După dezbateri care au durat două decenii pare să se fi impus soluţia de mijloc: ambii factori - intern şi extern - sînt importanţi,interacţiunea individului cu mediul "producînd" compertamentul. Al doilea factor este însă mai puţin studiat şi de aceea ne propunem să prezentăm cîteva achiziţii în acest domeniu.

Comportamentul uman este în mod principial relaţional, el are un caracter social, iar interacţiunile umane se desfăşoară într-un cadru social organizat - familie, grup, comunitate - ceea ce impune utilizarea unor patterni comportamentali adecvaţi situaţiei, regulă şi valori impuse de contextul social(5). Mediul facilitează învăţarea acestor metode, schimbarea de mediu ducînd la

reconsiderarea stilului acţiunii. Opiniile grupului, autoritatea unor lideri sînt factori care determină orientarea persoanei spre exterior, contextul influenţînd "competenţa acţională" a individului. Studii recente au dovedit că acţiunea socio-morală a omului este dependentă de mediul său cultural de formare (8).Contextul furnizează date pentru dobîndirea "competenţei cognitive", atît în comunicarea interpersonală,cît şi în acţiunea de decodare a situaţiilor sociale.Factorii socio-culturali oferă anumite informaţii, reprezentări despre evenimente,scenarii validate de experienţă şi le propune ca modele acţionale.Aceste expectaţii ghidează comportamentul, în situaţii sociale asemănătoare, îl călăuzesc pe individ în procesul de implicare în evenimentele experienţiale.

Situaţia poate cuprinde atît "istoria învăţării" unui individ, cît şi "tranzacţiile" lui cu medii din trecut sau prezente, incluzînd atît aspectele subiective, cît şi pe cele obiective ale mediului. Individul îşi construieşte treptat o "grilă de lectură" a realităţii cu ajutorul căreia interpretează viaţa cotidiană (3), El îşi organizează apoi o "poziţie de viaţă" - imagini şi reprezentări, formate încă în copilărie, determinînd atitudinile şi compertamentele sale.Chalvin (198o) numeşte "atitudini cronice" aceste poziţii de viaţă după care ne ghidăm în relaţiile noastre profesionale şi cotidiene. "Analiza tranzacţională", practică psihosociologică de formare a adulţilor şi de reeducare, întemeiată de Eric Berne (191o-197o) propune un cuvînt - Stroke - cu ajutorul căruia putem defini competenţa persoanei de a recunoaşte şi aprecia pe altul, de a realiza un contact satisfăcător, de a "ataca" situaţia. Acest stroke poate fi considerat o veritabilă unitate de măsură a relaţiilor umane - în contacte fizice, schimburi de informaţii, simple conversaţii.

Situaţiile se grupează după provenienţa lor culturală, după ariile activităţii umane (structurile ocupaţionale sau educaţionale), termenul de "mediu social" s-a dovedit puţin precis pentru a surprinde complexitatea situaţiilor cu care ne confruntăm.Mediile sînt dispersate şi nesistematice, de aceea se impune o taxonomie a situaţiilor (Takala,1984), pornind de la modul în care mediile sînt percepute (2). Mediile pot fi proximale, intermediare şi distale (variabile ecologice şi demografice). Variabilele proximale sînt mai puternice decît cele distale şi au u n impact mai puternic asupra comportamentului.Procesul de mediere integrează

însă sistemele culturale, ecologice, sociale şi interpersonale. Situaţiile includ, pe lîngă mediul geografic, fizic, cultural şi social, condiţiile de trai, activitatea în aceste cadre ale vieţii psihosociale, scopuri percepute ca situaţii de viaţă, stiluri de viaţă. Prin urmare, unităţile de comportament trebuie să fie considerate în legătură cu condiţiile de mediu, formînd o unitate eco-comportamentală. Psihologul finlandez a pus la punct şi un model metodologic pentru înregistrarea situaţiilor tipice cu care se confruntă membrii unei familii în organizarea comportamentului lor: nivelul de orientare (valorică), activităţi şi natura interacţiunii, condiţii de viaţă, condiţii culturale şi sociale. Portretele colective sau tipurile de stil de viaţă pot furniza apoi o bună pistă pentru a explica pattern-ul comportamental al persoanei.

Importanţa situaţiei pentru studiul personalităţii a fost deosebit de bine teoretizată de David Magnusson, profesor la Universitatea din Stockholm, încă din 1976. Cuplul persoană-situaţie nu trebuie gîndit ca o juxtapunere, ci ca o interacţiune între doi factori egali ca importanţă. Psihologul nu trebuie să cerceteze doi termeni, ci modul în care percepţiile, gîndurile şi sentimentele individului funcţionează în relaţie cu mediul. La prima Conferinţă Europeană asupra personalităţii, care a avut loc la Universitatea din Tilburg, în 1982, psihologul suedez a prezentat o sinteză(2) asupra cercetătorilor sale privind acest subiect. El a descris un aşa zis "sistem mediator" cu care operează individul în raporturile sale cu lumea externă: cunoştinţele şi concepţiile sale, modul său de prelucrare a informaţiilor, emoţiile şi procesele sale fiziologice. Acest sistem se formează şi se schimbă încet, printr-un proces de maturizare şi învăţare care are loc în interacţiunea continuă, bidirecţională dintre individ şi mediu. Rolul situaţiei poate fi deci identificat atît pentru comportamentul curent, cît şi pentru procesul de dezvoltare. Cercetările au dovedit că perceperea şi interpretarea situaţiilor provocatoare de anxietate este diferită în raport cu vîrsta subiecţilor.

Opţiunea pentru o abordare a profilului transversal-situaţional al comportamentului manifest sprijină ideea organizării idiografice a studiului personalităţii. Şi nu numai în studiile de caz cum recomandă adepţii orientării nomotetice, ci în orice situaţii, indivizii putînd fi organizaţi pe grupe omogene de clase comportamentale. Aceste "clase comportamentale" au, de regulă, un deter-

minant exterior, ele reflectă specificul şi complexitatea contextului. Cu cît există mai multă ordine şi regularitate în mediu, observă Magnusson, cu atît găsim o comportare legică în rîndurile indivizilor implicaţi. Stimulii şi evenimentele pot fi ordonaţi atunci după specific şi dimensiuni şi pot fi grupaţi în categorii omogene pe baza caracteristicilor comune.Culturile pot fi categorisite, de exemplu, după felul căilor folosite de indivizi pentru a-şi atinge scopurile şi tipul de recompense folosite.Ordinea şi regularitatea care există în mediul însuşi poate fi exprimată în proprietăţi fizice,norme culturale şi sociale, reguli,roluri.Deoarece aceste caracteristici se pot regăsi în percepţiile şi reprezentările cognitive ale indivizilor, ele pot fi descrise şi analizate în termeni de reacţii ale indivizilor faţă de mediu.

Dacă mediul poate fi investigat şi descris în termeni sistematici, pe această cale se poate ajunge la taxonomia situaţiilor. Van Heck (1984) a selectat 2o de situaţii specifice din următoarele cîmpuri conceptuale:locul, oamenii, acţiunea şi timpul (2).Intre acestea :conflictul, conversaţia, cooperarea, declaraţia de dragoste, discuţia, alegerea, examinarea,lecţia,vizita.Impreună cu Jeep Hetema (1) au convenit că " situaţia trebuie conceptualizată ca un domeniu ce are puterea de a influenţa comportamentul individului" pînă la " a anula aproape complet calităţile personale ale indiviziler"(p.85).

Pe baza cunoaşterii contextului oamenii îşi construiesc scenarii de viaţă - opţiuni şi decizii ce programează traiectoria individului şi în funcţie de care se orientează în cursul evenimentelor decisive sau cotidiene şi se adaptează la situaţiile create de mediu. Ei îşi făuresc "maşinării conceptuale"(De Raad,1986) cu ajuterul cărora fac plauzibilă lumea din jurul lor şi experienţele lor în aceste contexte. Interacţiunile cotidiene pot fi considerate ca stadiul în care se nasc şi se schimbă concepţiile despre oameni, în special cu privire la personalitatea altora şi a individului însuşi. Oamenii învaţă să descifreze mediul şi să se plaseze în interiorul acestuia, să-şi îndeplinească rolul.Alături de comportamentul de performanţă, un psiholog ilustrînd teoriile rolului, Erving Goffman(5) distinge "comportamentul de faţadă" (comportamentul expresiv, turnura limbajului, îmbrăcămintea),o încercare de a prezenta "aparenţa" ca realitate. El mai vorbeşte de "regiuni de faţadă" şi de "culise" ale vieţii cotidiene,pentru

primele individul respectînd normele "actorului" social (politeţea) vis-à-vis de un public. Această aparenţă, în care individul începe treptat să creadă, care este interiorizată prin intermediul idealurilor şi modelelor de viaţă, devine cu timpul modul său de comportament şi noi constatăm adesea cum - în viaţa cotidiană - individul devine rol social, se identifică cu statusul,"idealizează performanţa". Cunoştinţele despre mediu vor influenţa părerea celui ce interacţionează şi va da apoi formă comportamentului. Cu alte cuvinte, comportamentul se construieşte în funcţie de ceilalţi şi de dorinţa individului de a se situa într-un context psihosocial.

Poziţia constructivistă asupra personalităţii susţine că personalitatea se regăseşte în procesul social care are loc între indivizi şi nu în indivizi înşişi, cum s-a propus în mod tradiţional (2). Personalitatea, în această viziune, este concepută ca un "act social artificial", adică un set de categorii semantice pentru a da sens varietăţii comportamentelor semenilor. Sarah Happson (1984) crede că această perspectivă rezolvă disputa statutului epistemologic al trăsăturilor de personalitate: există ele oare doar în mintea observatorului sau există chiar în psihicul actorului?

Am început acest articol cu înfăţişarea îndoielii epistemice cu care se confruntă cercetătorii, privind natura reală a trăsăturilor, în calitate de componente ale structurii personalităţii. Trăsăturile - se ştie - nu pot fi observate direct şi măsurate, ci doar "produsele" lor, comportamentale.Structura personalităţii este deci o construcţie ipotetică, dedusă din comportamentul manifest, limbajul trăsăturilor traducînd - de fapt - percepţiile observatorilor cu privire la alţii. Dar aceste percepţii sînt contaminate de formaţia, cultura,mentalităţile şi prejudecăţile individului, de experienţa sa socială. El "citeşte"realitatea cu grila sa de lectură, o decodează prin prizma concepţiilor sale despre ceilalţi. Deducţiile sale sînt, de fapt, construcţii teoretice fundamentate pe experienţa sa interacţională.Trăsăturile, afirmă Hampson, în calitate de categorii semantice, nu se referă la entităţi din lumea reală, ci sînt etichetări care se aplică pe anumite atribute comune ale unor oameni: comportamentele lor în situaţii.

Personalitatea este socialmente construită din comportamen-

tul acterului şi din semnificaţia atribuită acestui comportament de către observatori şi de către acterul însuşi. Trei componente pot fi identificate în această "construcţie": a) comportamentul pe care acterul, ca individ biologic distinct, îl aduce pe scena socială;b) semnificaţiile pe care le ataşează acestui comportament acterul însuşi; c)semnificaţiile ataşate comportamentului acterului de către ceilalţi. Să analizăm aceste "piese" ale construcţiei:Acterul social aduce pe scenă echipamentul său biologic şi comportamentul oferit, materia primă deci din care se construieşte personalitatea. Inzestrarea bio-psihologică limitează desigur posibilităţile de manifestare ale individului, afectînd comportamentul. Principalul este ca aceste diferenţe de comportament să fie sesizate (conştientizate) şi de către acterul însuşi şi de către observatorii exterieri, să fie încărcate cu semnificaţie socială pentru a putea contribui apoi la construirea personalităţii.Ca auto-observator, acterul se găseşte într-o vizibilă dificultate:el trebuie să-şi corecteze mereu imaginea despre sine cu ajutorul observaţiilor şi evaluărilor celorlalţi, să-şi reflecte Eul în oglinda celor din jur, să ajungă la conştiinţa de sine. Această capacitate de a se auto-controla a individului, cu ajutorul limbajului, are ca efect recunoaşterea aceleeaşi calităţi la alţi indivizi." Cu ajutorul propriei noastre conştiinţe de sine, scrie Hampson,putem gîndi despre alţi oameni şi putem fi conştienţi de conştiinţa lor. Nu putem gîndi la faptul că alţi oameni gîndesc despre ei înşişi şi despre alţii". Inclusiv despre mine. In felul acesta ne putem forma o impresie despre ceea ce gîndesc alţii despre noi, despre ce fel de persoană cred ei că sîntem.Această imagine a alterului despre noi, conştientizată, se încorporează în imaginea de sine. Aşadar: " cine credem că sîntem" cuprinde, în mare măsură,"cine cred alţii că sîntem". Adevăratul eu se construieşte deci cu ajutorul alterului. Omul Petru se oglindeşte în omul Pavel pentru a se cunoaşte. Privind din afară, în căutarea personalităţii, descoperim că oamenii diferiţi au despre noi păreri diferite.Sîntem confruntaţi cu o multitudine de euri.Fiecare status social reclamă un alt rol, scrie Goffman. Viaţa socială e o scenă pe care fiecare jucăm rolul la care ne obligă situaţia. Profesorul Schmidt,scrie Dahrendorf în Homo Sociologicus, îndeplineşte 15 roluri: este un bărbat, adult, de 35 ani, căsătorit, cetăţean, german, locuitor al oraşului mijlociu C, are titlul de doctor, este consilier de studii

al şcolii, are doi copii.... este arbitru al clubului de fotbal(4).

Omul este mereu preocupat de cariera sa morală, de dobîndirea prestigiului şi evitarea etichetării negative.El îşi poate făuri scenariul de viaţă, îşi poate trasa propriul progres în această carieră morală după evaluările furnizate de ceilalţi. A treia componentă a personalităţii construite este aceea de observator.Oamenii îşi făuresc convingerile lor despre personalitate , construiesc teorii despre alţii observînd, comparînd,evaluînd. Semnificaţia socială pe care o acordăm unui gest ne ajută să facem apoi precizări asupra comportamentului viitor, să construim personalitatea celorlalţi. Luînd în seamă nu doar comportamentul individului, ci individul în situaţie, reţeaua de relaţii în care este plasat.Existenţa noastră ca euri, a spus Mead, depinde de existenţa altor euri cu care intrăm în relaţii.

Este cazul să evocăm aici concepţia lui Kelly(1955).Teoria constructelor are însă mai multe contigenţe cu teoria trăsăturilor decît cu concepţia despre personalitatea construită.Pentru că actorul lui Kelly e un set unic de construcţii, cu care operează la fel în orice situaţii. Personalitatea lui Kelly este plasată în actor. Pe cînd personalitatea construită îşi atrage informaţiile din afară, din mediul social. Capacitatea empatică se dobîndeşte - prin exerciţiu, prin experimentare - şi fiecare îşi ajustează rolul funcţie de rolurile celorlalţi. Incercînd să vedem lumea prin construcţiile altora, ne putem articula mereu celorlalţi, îi putem ajuta să ne includă în propriile lor construcţii - mai ales - ne putem modifica, re-formula mereu propria construcţie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.A.Angleitner, Furnham A, Van Heck G.:Personality Psychology in Europe: Current Trends and Controversies,vol.2,Lisse,Swets and Zeitlinger,1986.

2.Bonarius H. Van Heel G., Smid N, Personality Psychology in Europe Theoretical and Empirical Developments,Lisse,Swets and Zeitlinger, 1984.

3. Dominique Chalvin, Analyse transactionnelle et relations de travail, Paris, E.S.F.1980.

4.Dahrendorf Ralf,Homo Sociologicus, Köln und Opladen,Westdeutscher Verlag,1967.

Scanned with OKEN Scanner

5. Deutsch M., Krauss R.M., Les theorie en psychologie sociale, Paris, Mouton,1972.
6. Mariewe D., Gergen K.J., Personalyty and Social Interaction, in "The Handbook of Social Psychology" (ed.G.Lindzey, E.Aronson) vol.III, Massachusetts,London ,Ontario, Addison-Wasley,1969.
7. Pervin L.A., Persönlichkeitstheorien, München, Basel,Ernest Reinhardt Verlag,1987.
8. Prior J.B., Day J.D, The Development of Social Cognition,New York, Springer Verlag,1985.

Scanned with OKEN Scanner

PROBLEME ACTUALE ALE PSIHODIAGNOSTICULUI

A.COSMOVICI

Universitatea „Al.I.Cuza" Iasi

Studiile actuale referitoare la diagnosticul psihologic tind să scoată în lumină multiple dificultăţi ale acestui act de mare complexitate. După Gerhard Kaminski diagnosticul este "o construcţie ipotetică urmărind caracterizarea stării iniţiale a unui individ, inclusiv a genezei ei, în măsura şi în modul în care este necesară pentru realizarea unei alte stări finale" (6, p.319). Aşa dar, diagnoza nu constituie o simplă înregistrare, ci solicită psihologului un efort de interpretare, având un aspect personal, întrucîtva creator. Apoi, nu este o activitate pur teoretică, ci constituie un mijloc pentru atingerea unui scop, în cazul nostru ameliorarea stării pacientului, vindecarea lui.

Desigur, structura psihică pe care căutăm să o identificăm ar trebui să corespundă unui anume tip, unui model anumit descris de o teorie a personalităţii. Din păcate nu avem încă o teorie şi o tipologie ştiinţifică asupra persoanei; există mai multe teorii privind structura personalităţii, iar tipologiile existente sînt de o neverosimilă simplitate în raport cu varietatea tipurilor descrise de marii romancieri, evidentă pentru toţi acei care, prin profesie, sînt obligaţi să ţină cont de diferenţele dintre oameni. Apoi, cele mai multe teorii se menţin într-un cadru foarte general, din care este greu să discernem consecinţe utile pentru practică.

Psihanaliza, e drept, vizează destul de direct aspectele vieţii cotidiene, dar teoria sa este extrem de simplificatoare şi dogmatică, concluziile ei fiind aplicabile doar într-un număr restrîns de cazuri.

In practica diagnosticului psihologic se utilizează cel mai frecvent descrierea personalităţii bazată pe trăsături, fundamentată pe cercetările utilizînd analiza factorială (H.Eysenck, R.Cattell, P.Guilford ş.a.), mod de caracterizare folosit şi în viaţa de toate zilele. Acest punct de vedere a fost însă serios zdruncinat de către W.Mischel care, deşi acceptă existenţa unor aspecte foarte stabile ale persoanei (concepţia despre sine, concepţia despre lume, o serie de aptitudini, "stiluri cognitive"),

pune la îndoială consecinţa unor dimensiuni în relaţie cu afectivitatea (emotivitatea, introversiunea) observînd că cele determinate prin chestionare dau corelaţii slabe cu indicatorii empirici. Reacţiile umane, observă W.Mischel, depind foarte mult de situaţie. Totuşi fiind nevoit să definească situaţia el o descrie ca fiind "codarea stimulilor realizată cînd o persoană percepe" (8,p.348), ceea ce înseamnă că persoana selectează excitanţii, deci însuşirile ei influenţează percepţia, fapt subliniat în special de K. Lewin. Incît "situaţionismul" lui W.Mischel a evoluat în "interacţionism" el accentuînd maimult rolul unor factori intelectuali (cum sînt "aşteptările persoanei", "competenţele individului", "aptitudinea discriminatorie"). Astfel, pînă la urmă, psihologul american înclină spre cognitivism. Aceasta constituie o tendinţă destul de pregnantă a psihologiei contemporane, probabil datorită încercărilor de modelare a psihicului pe calculator. In explicarea conduitei umane direcţia cognitivistă constituie un regres, influenţa factorilor de natură afectivă fiind extrem de importantă pentru înţelegerea comportamentului, atît normal cît şi deviat.

Totuşi influenţa situaţiei asupra comportamentului este adesea foarte importantă şi ea a fost, în mod real, mult neglijată. Pentru psiholog problema în ce măsură reacţiile şi răspunsurile subiecţilor aflaţi în situaţia de examen psihologic sînt aceleaşi cu cele din familie ori de la slujbă se află în suspensie şi trebuie să ne fie mereu prezentă în conştiinţă. Intrucît situaţia o constituie mediul văzut prin prisma motivaţiei subiectului, putem distinge 4 situaţii principale în care se poate afla un pacient pe care îl examinăm: a) pacientul suferă de anumite tulburări şi vrea să se vindece; b) subiectul n-are decît vagi neplăceri (sau chiar niciuna), dar vrea să fie considerat bolnav pentru a scăpa dintr-o situaţie profund dezagreabilă (la servici ori în familie); c) pacientul nu a vrut să vină la medici, dar a fost obligat (de către familie, ori de o instituţie) să se prezinte; el e împotriva medicilor, a psihologului şi a oricărui tratament; d) persoana examinată se simte foarte rău, îi este frică de diagnostic şi vrea să pară sănătoasă. Evident, reacţiile subiectului, modul în care va răspunde la solicitări, va fi cu totul altul în fiecare din aceste situaţii. De aceea,

pentru a putea trage vreo concluzie trebuie mai întîi să culegem date, să facem observaţii care să elucideze atitudinea şi intenţiile reale ale subiectului. Adesea va trebui să avem informaţii certe privind situaţia sa familială şi profesională,referitoare la comportamentul său anterior examenului psihologic.

Din capul locului se vădeşte necesitatea unei interpretări a datelor biografice şi a observaţiilor iniţiale. Robert Heiss examinează pe larg vicisitudinile interpretării în diagnostic (5), complicaţiile ce survin în analiza rezultatelor obţinute la testele proiective. De fapt şi în cazul testelor psihometrice interpretarea este indispensabilă: un rezultat slab obţinut la un test de inteligenţă nu semnifică neapărat deficienţe aptitudinale: poate fi vorba de o gravă lipsă de cultură, ori intervine o stare maladivă, oboseala sau o accentuată lipsă de interes, fie chiar ostilitate faţă de examen. H.Hörmann (6, p.3o9-313) subliniază variabilitatea interpretării în funcţie de examinator întrucît intervin: sistemul său de referinţă (cel care a văzut multe cazuri de schizofrenie gravă va aprecia altfel gradul de schizofrenie la un pacient nou venit, decît cel care a cunoscut multe cazuri de schizofrenie uşoară), viteza de decizie şi mai ales concepţia despre personalitate pe care o împărtăşeşte. Revenim deci la dificultatea menţionată la început: absenţa unei baze teoretice solide privind structura şi tipurile de personalitate. In realitate, interpretările pe care le efectuăm în practică au la bază îndeosebi "psihologia simţului comun", psihologia naivă,cotidiană pe care ne-am însuşit-o în experienţa de fiecare zi,prezentă în filme şi romane, cristalizată în limbaj,proverbe şi în sfaturile acelor bătrîni care au cunoscut tot felul de oameni.

Psihologia ştiinţifică nu s-a bazat pe aceste concepţii, deoarece psihologia naivă este nesistematică, implicită,folosită în mod neconştient şi necritic (vezi G.Clauss,2, p.75). Ştiinţa a început în psihologie prin cercetări de laboratpr, imitînd modelele existente în fizică şi în fiziologie. De altfel, psihologia cotidiană se bazează mult pe introspecţie, metodă repudiată categoric de oamenii de ştiinţă doritori de clară obiectivitate.

In acest fel ştiinţa psihologiei a progresat foarte mult în domeniul studiului proceselor cognitive, dar n-a avansat aproape deloc în cunoaşterea omului concret, a personalităţii întrucît

afectivitatea complexă, voinţa,caracterul nu pot fi abordate prin experimente de laborator. Primele preocupări sistematice referitoare la mentalitatea psihologică a omului obişnuit au apărut în cadrul psihologiei sociale (F.Heider, E.Jones şi K.Davis, S.E. Asch ş.a.). Apoi G.A.Kelly a prezentat un aspect al psihologiei cotidiene (în teoria sa despre constructele personale), din păcate într-o viziune unilaterală.

Uwe Laucken este cel care a făcut o prezentare mai completă într-o lucrare cu caracter monografic (9). El a scos în evidenţă că omul obişnuit este preocupat de mobilurile urmărite de ceilalţi şi de diferite proiecte a căror realizare este cîntărită,adeseori, cu grijă, reflectînd asupra tuturor consecinţelor posibile. U.Laucken consideră cunoştinţele de "psihologie naivă" ca fiind un instrument excelent pentru a ne descurca, în mod operativ, cînd întîlnim persoane necunoscute, deoarece ele permit "o orientare rapidă şi necomplicată" în situaţiile cotidiene (9, p.219). Totodată, el observă caracterul implicit, insuficient precizat al psihologiei bunului simţ, ceea ce face ca ipotezele sale să nu poată fi nici infirmate, nici confirmate (p.2o6-211).

Desigur, noi ne bazăm în mod curent pe "intuiţie", care constituie (după cum observă şi H.W.Gruhle) "un raţionament prescurtat pe baza unor premise devenite inconştiente". In cazul persoanelor inteligente şi cu o vastă experienţă a comportării umane (cum sînt judecătorii, medicii,profesorii,romancierii) multe din intuiţiile lor se dovedesc a fi foarte corecte. Fiindcă întreaga psihologie a percepţiei, ca şi studiul creativităţii a pus în lumină rolul activ al inconştientului capabil de asociaţii şi chiar de inferenţe importante. Aprecierea mărimii obiectelor, fenomenele de constanţă a percepţiei sînt posibile datorită unor inferenţe actualmente inconştiente şi care poate nici n-au fost vreodată deplin conştiente, realizîndu-se în copilărie, pe planul acţiunii.

In mod analog, deseori chiar prin simplă condiţionare, ajungem să interpretăm expresiile şi atitudinile persoanelor din jur, care stau la baza mentalităţii noastre psihologice.

Insă psihologia naivă este prezentă şi în cercetările bazate pe calculele de analiză factorială (mîndria psihologilor dornici de exactitate matematică) cînd obţinem doar indicaţia că

în legătură cu anumite întrebări predomină un acelaş factor.Caracterizarea lui se face analizînd întrebările şi pe baza experienţei psihologice cotidiene. De asemenea, aşa cum observă G.Kaminski (7, p.61-65), chiar în cursul aplicării unor teste psihometrice, psihologia bunului simţ ne e necesară pentru a constata dacă subiectul a înţeles consemnul, dacă răspunsurile sale sînt demne de încredere, dacă depune efort, dacă persoana examinatorului nu-l deranjează ş.a. La care adăugăm noi că, pentru a-i cunoaşte caracterul, culegem informaţii de la colegi sau maistru şi le interpretăm tot pe baza experienţei noastre nesistematizate (aceea cotidiană şi aceea profesională).

Nu înseamnă să renunăm la rigoarea ştiinţifică. Deoarece o intuiţie se poate baza pe nişte coincidenţe întîmplătoare şi ne poate duce la mari greşeli. Corectitudinea pretinde un control raţional al premiselor, comparaţii şi raţionamente stringente.Prin urmare „impresiile" bazate pe experienţa cotidiană trebuie verificată. De altfel, psihologia cotidiană păcătuieşte adesea şi prin simplificare excesivă, prin tendinţe spre "clişeu". Totuşi, ar fi important să descifrăm care sînt criteriile ce stau la baza acestei tipologii utilizate cu succes în psihologia bunului simţ.

Din cercetările efectuate pînă acum se desprinde importanţa acordată motivaţiei ca principal indicator al tipului de personalitate. In adevăr, se pare că motivele de bază, valorile asigură o consecvenţă "transsituaţională" în comportare. De altfel şi în cercetarea psihologică ştiinţifică se acordă în ultima vreme tot mai multă atenţie acestui aspect esenţial. Iar calea utilizată cotidian pentru a cunoaşte principalele mobile ale cuiva o constituie observarea comportării şi datele biografice.

Aşa dar, ne reîntoarcem la vechea poziţie a psihiatrilor după care metodele clinice (anamneza, observaţia şi convorbirea) sînt principalele instrumente de investigaţie - prin care vom încerca să surprindem valorile ce dirijează comportarea pacientului, aspect reliefat mai demult de Charlotte Bühler (1).

In ce priveşte clasificarea valorilor utilizate în practică, pare cea mai edificatoare aceea rezultînd din "tematica existenţei" descifrată de H.Thomae pe baza a mii de biografii din care am desprins lo categorii: realizarea de sine, afinitatea socială, ridicarea socială, valorile materiale etc. (4,p.185-189).

Experienţa acumulată în utilizarea metodei biografice arată că, în multe cazuri, fidelitatea interpretării protocoalelor e redusă. Se cere deci completarea ei cu metode mai precise, ceea ce subliniază şi H.Thomae în ultimele sale lucrări (1o, p.382). Noi am imaginat două teste: unul privind ierarhia ocupaţiilor (3, p.85-97) care reflectă ierarhia valorilor şi un altul privind sondarea motivaţiei mai profunde (4, p.186-187). Deocamdată ele sînt valabile numai la adolescenţi, dar instrumente similare pot fi concepute şi pentru adulţi.

Metodele clinice trebuiesc deci completate cu teste proiective, teste psihometrice şi, uneori, şi prin chestionare.Chestionarele pot da rezultate demne de încredere numai atunci cînd sîntem siguri că bolnavii vor să se vindece.

Din păcate, nu prea avem la dispoziţie instrumente bine puse la punct. Se simte lipsa unui institut (sau măcar un "centru") care să elaboreze teste, să facă etalonări, să verifice validitatea unor instrumente etc. Fiindcă acum se utilizează chestionare foarte valoroase în ţara unde au fost concepute, cum este Inventarul multifazic de personalitate de la Minnesota (M.M.P.I.), dar care conţine şi itemi la care răspunsuri normale în ţara de baştină pot fi cu totul anormale la noi (ne referim la rubricile care investighează atitudinile faţă de religie, stat, miliţie ş.a.). Ca urmare, acest instrument ar solicita o adaptare la ţara noastră, ceea ce necesită însă o cercetare complicată şi de durată.

In concluzie, rezultă că, deşi psihologia ştiinţifică are foarte mari realizări, datorită rămînerii în urmă a teoriei personalităţii valoarea unui psihodiagnostic depinde, în considerabilă măsură, de experienţa, prudenţa şi conştiinciozitatea psihologului practician.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bühler Charlotte: Die Rolle der Werte in der Entwcklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie (trad) Stuttgart, Klett, 1975.
2. Clauss G.: Naive und wissenschaftliche Psychologie, in Zur psychologischen Persönalichkeitsforschung (hasg.M.Vorweg), Berlin, VEB, 198o.
3. Cosmovici A., Caluschi M.: Adolescentul şi timpul său liber, Iaşi, Junimea, 1985.

4. Cosmovici A.: Criteriile unei tipologii bazate pe valorile cotidiene a elevilor, Revista de psihologie, t.33, nr.3, 1987.

5. Heiss R.: Die diagnostische Verfahren in der Psychologie, in Psychologische Diagnostik (hrsg.K.H.Wewetzer), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft,1979.

6. Hörman H.,Jüger A.,Kaminski G. u.a., Die Bezichungen zwischen psychologischer Diagnostik und Grundlageforschung, in Psychologische Diagnostik (hrsg. K.H.Wewetzer), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1979.

7. Kaminski G.: Rahmentheoretische Überlegungen zur Taxonomie psychodiagnostischer Prozesse, in Diagnoze der Diagnostik (hrsg. K.Pawlik), Stuttgart, Klett,1982.

8. Krohne H.: Personlichkeitstheorie, in Handbuch psychologischer Grundbegriffe (hrsg. T.Herrmann, P.Hofstätter u.a.), München, Kösel, 1977.

9. Laucken U.; Naive Verhaltenstheorie, Stuugart, Klett,1974.

lo.Thomae H.; Biographische Methode und Einzelfallanalyse, in Datenerhebung (hrsg. J.Bredenkamp), Enzyklopedie der Psychologie, Göttingen, Hogrefe, 1983.

Scanned with OKEN Scanner

PERSONALITATE SI ADAPTARE

T.PRUNA

Universitatea „Al.I.Cuza" Iaşi

Una din problemele teoretice cele mai importante ale psihologiei, dacă nu cumva cea mai importantă, este cea referitoare la personalitate. O atare concluzie reiese, printre altele, şi din faptul că, de-a lungul timpului, psihologi de primă mărime precum Th.Ribot, P.Janet, K.Lewin, R.Linton, G.W.Allport, J.Nuttin, dintre cei străini, iar la noi M.Ralea şi V.Pavelcu au susţinut că, într-un fel sau altul, în ultimă instanţă, demersurile psihologice de orice tip sînt subsumate problemei personalităţii.

Şi cu toate că între diverşi autori există diferenţe notabile, de ordin epistemologic, filozofic şi metodologic în descrierea, interpretarea şi evaluarea funcţiilor psihocomportamentale ale personalităţii, aşa cum sublinia V.Pavelcu, personalitatea nu încetează să fie „o preocupare centrală a psihologiei" (5,p.355), iar cu fiecare demers teoretico-aplicativ întreprins sporesc şansele de clarificare a acestei probleme psihologice de mare complexitate.

După cum se ştie, orice demers ştiinţific nu se justifică dacă este un scop în sine. De altfel într-un anumit sens el nici nu este posibil ca scop în sine, căci actul ştiinţific veritabil nu este niciodată rupt de realitate, de practică şi este util într-un mod anume, într-o perspectivă imediată sau mai îndepărtată. In cazul de faţă, abordarea personalităţii în perspectivă psihologică este concomitent un act epistemic şi aplicativ, altfel zis valoarea explicării teoretice a personalităţii trebuie privită prin resursele aplicative ale rezultatelor obţinute.

Multe dintre demersurile teoretice întreprinse pînă în prezent s-au centrat tocmai asupra unui element cu evidente implicaţii de ordin psihocomportamental, anume acela care se referă la finalităţile personalităţii. Din această perspectivă trebuie reţinute în special contribuţiile aduse de teoria psihanalitică, căci, după cum se ştie, atît S.Freud, cît şi psihanaliştii care i-au urmat (A.Fredu, H.Hartmann ş.a.) au insistat asupra caracterului autoprotector al unor importante reacţii psihocomportamentale, avînd ca substrat psihologic mecanisme distincte, precum:

reprimarea, negarea, raţionalizarea, proiecţia, regresiunea, sublimarea, compensarea ş.a. (2). In esenţă, psihanaliza a insistat cu precădere asupra funcţiei de autoapărare a eu-lui, funcţie privită prin prisma cerinţelor impuse de păstrarea integrităţii acestuia în raport cu necesitatea satisfacerii pulsiunilor instinctuale ale eului.

Să observăm, însă, că această finalitate a personalităţii a fost „impusă" în edificiul teoretic al psihanalizei de modelul explicativ al personalităţii. După cum se ştie, pentru Freud instanţele personalităţii sînt: Sinele, Eul şi Supraeul. Sinele este sediul pulsiunilor instinctuale, în special de natură libidinală, el jucînd rolul de factor dinamizator al personalităţii. Eul şi Supraeul au rolul de a găsi modalităţile acceptabile şi acceptate de mediul socio-cultural prin care să se satisfacă pulsiunile instinctuale (3). Aşadar, fără a nega contribuţia psihanalizei la explicarea finalităţii psihocomportamentale a personalităţii, trebuie să remarcăm sensul limitat al înţelegerii funcţiei adaptative a acesteia, precum şi analiza sa numai din perspectiva planului intern al acesteia, plan redus la jocul dintre tendinţele instinctuale şi cenzura executată de conştiinţă (Eu şi Supra-eu).

In realitate funcţia adaptativă este mult mai complexă, ea împlinindu-se printr-o mare varietate de forme psihocomportamentale bazîndu-se pe mecanisme psihice extrem de diverse şi angajînd toate subsistemele psihice ale acesteia, astfel încît se poate afirma că ea este funcţia principală a personalităţii.

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacţii întîlnite la om, după cum poate fi identificată chiar şi în secvenţele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalităţii. In acest sens este cazul să consemnăm opinia marelui psiholog J.Piaget, după care legile fundamentale după care funcţionează psihicul uman sînt asimilarea şi acomodarea, ambele cu evidente implicaţii adaptative. Pentru Piaget adaptarea este "un echilibru între asimilare şi acomodare, cu alte cuvinte un echilibru al schimburilor dintre subiect şi obiecte" (6, p.62).

Si chiar dacă demonstraţia modului cum reglează aceste legi psihismul uman a fost făcută de Piaget prin referiri la inteli-

genţă, deci la subsistemul cognitiv al personalităţii, nu avem nici un motiv să nu considerăm aceste principii ca reglatori ai întregului comportament uman, căci, după cum susţine marele psiholog menţionat, inteligenţa tinde spre un echilibru total, căutînd să asimileze realul şi să-i acomodeze acţiunea.

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu vădite tente finaliste, care atinge la nivelul personalităţii nivelul de maximă complexitate. După părerea noastră adaptarea este un echilibru care se stabileşte între personalitate şi lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situaţii, spaţiu cultural, obiecte etc. Această definiţie impune unele precizări suplimentare.

Astfel, este necesar să precizăm că înţelegerea sa corectă presupune o viziune integraţionistă şi dinamică, ceea ce reclamă considerarea adaptării nu numai ca o cerinţă impusă de mediul ambiant, ci şi ca o expresie a unor tendinţe interioare, deci ca un scop care se naşte pe baza unei motivaţii specifice. Altfel zis, personalitatea umană se manifestă nu doar ca o entitate care ia în consideraţie mediul, respectînd interdicţiile impuse şi acceptînd facilităţile oferite de acesta, ci şi ca o instanţă care intervine în mediu, schimbîndu-l şi transfigurîndu-l în conformitate cu dorinţele şi aspiraţiile sale. In ambele ipostaze sînt necesare demersuri care presupun acţiuni dirijate şi controlate de gîndire şi simţul realităţii.

Aşadar este vorba despre o determinare complexă, care declanşează un proces cu caracter bipolar, în cadrul căruia uneori primează elaborarea unui răspuns conform cu natura unei solicitări din exterior, iar alteori se situează pe primul plan acţiuni de tip explorator, prin care se caută sau se creează în exterior condiţia pentru satisfacerea unei cerinţe interioare. Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atît prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate şi algoritmizate, cît şi prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmînd să fie validate, ceea ce implică chiar şi asumarea riscului unui eşec. In acest context trebuie nuanţată însăşi semnificaţia psihologică a eşecului, în sensul că dacă îndeobşte eşecul este, în expresia sa concretă, efectul "dezadaptării", uneori este întruchiparea explorărilor cu finali-

tate adaptativă, deci este semnificantul începutului unui prcces de tip adaptativ.

In al doilea rînd trebuie nuanţat înţelesul noţiunii de adaptare în ceea ce priveşte aspectul general de fenomen dinamic. Se ştie că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care de cele mai multe ori ia forma unor acţiuni mintale şi motorii, mai mult sau mai puţin evidente în exterior. Dar sînt destule situaţii cînd efortul adaptativ nu presupune declanşarea, menţinerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea,stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul cuvenit a unei simple reacţii sau a unei operaţii complexe este de o importanţă fundamentală pentru însăşi existenţa fizică a persoanei.

Alteori amînarea unei reacţii sau plan de acţiune capătă o valoare adaptativă deosebită. Pentru M.Ralea amînarea apare ca o conduită definitorie a psihicului omenesc, căci ea "îmbrăţişează întreaga funcţionare a mecanismului psihic uman" (8,p.192). Nu vrem să insistăm prea mult asupra acestui mecanism psihologic, la care au făcut dese referiri şi P.Janet, care îl descrie prin aşa zisele "acte suspendate", şi S.Freud, care îl abordează prin mecanismul refulării, ci vrem să subliniem rolul pe care îl joacă în adaptare capacitatea de aşteptare, care are la baza sa mecanismul amînării. In acest sens ni se pare sugestivă concluzia reputatului psiholog român: Ascultaţi indivizii care vă înconjoară. Ei pot fi clasificaţi după dezvoltarea aşteptării: slabii, înapoiaţii nu ştiu să aştepte de loc, alţii pot aştepta puţin, alţii mult..." (8, p.164).

Valoarea şi eficacitatea comportamentului adaptativ depinde în măsură însemnată de gradul de maturizare a personalităţii, de structurarea armonioasă a subsistemelor sale psihice, de experienţa de viaţă a persoanei, de forţa sa interioară etc. Dintre aceşti factori interni, un rol deosebit îl joacă structura internă a personalităţii, ea exprimîndu-se în nivelul dezvoltării fiecărui subsistem psihic în parte, precum şi în interacţiunea sincronică sau diacronică care le este specifică. De altfel, se ştie că printre accepţiunile psihologice care se dau personalităţii, aceea care pune accentul pe gradul intern de organizare psihică se bucură de acceptul unor psihologi de renume, aşa cum este, spre exemplu, G.W.Allport. Pentru el "personalitatea este

organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gîndirea şi comportamentul său caracteristic" (1, p.4o).

După cum este lesne de înţeles, dezvoltarea normală şi sincronă a subsistemelor personalităţii se constituie ca o condiţie internă pe baza căreia se desfăşoară un comportament adaptativ eficient şi invers, reacţiile dezadaptative pot avea drept cauză internă dizarmoniile dintre subsistemele psihice ale personalităţii. Un exemplu care poate ilustra relaţia ultimă o constituie discrepanţa dintre nivelul de aspiraţie şi aptitudinile persoanei. Astfel, se ştie că atunci cînd nivelul de aspiraţie depăşeşte posibilităţile interne ale personalităţii, acţiunile întreprinse de aceasta au puţine şanse de reuşită. In acest caz eşecul este efectul unui comportament de tip dezadaptativ. In urma eşecului personalitatea îşi poate redimensiona acţiunea, în sensul scăderii nivelului de aspiraţie, comportament specific persoanelor "realiste". Dar, aşa cum subliniază cercetările şcolii lewiene, sînt şi tipuri "nerealiste", care nu-şi modifică nivelul de aspiraţie după eşec (4, p.136-137),prelungind seria demersurilor dezadaptative în mod exagerat.

Dar şi corelaţia inversă dintre nivelul de aspiraţie şi aptitudini are efecte negative în plan adaptativ, căci nivelul de aspiraţie scăzut determină performanţe slabe şi, prin feedbackuri repetate, generează plafonarea personalităţii şi, în ultimă instanţă, chiar nereuşite. Pe bună dreptate afirma P.Popescu-Neveanu că aşa cum regresiunea afectivă antrenează cu sine şi regresiunea intelectuală, tot astfel "elevii capabili dar cu aspiraţii reduse vor regresa şi sub aspectul valorificării şi dezvoltării capacităţilor" (7, p.466), fenomen ce duce la eşecuri şcolare.

Cum acest mod de evoluţie a comportamentului uman îl întîlnim în orice tip de activitate, nu numai în învăţarea şcolară, se impune ca în modelarea personalităţii să fie adoptată o perspectivă profilactică, evitînd dizarmoniile psihice de orice tip, ţinînd spre edificarea unor personalităţi armonioase, capabile să elaboreze şi să utilizeze scheme operaţionale de mare eficacitate, prefigurînd astfel succesul şi preîntîmpinînd eşecul, cu toate consecinţele pozitive ce decurg din aceasta.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Allport, G.W.; „Structura şi dezvoltarea personalităţii", - curesti, Ed.Did.şi Ped., 1981.
2. Freud, A.: "Le moi et les méccanismes de défense", Paris, P-U.F.,1967.
3. Freud, S.; "Essais de psychanalyse", Paris, Payot, 1929.
4. Lewin, K., „Psychologie dinamique", Paris, P.U.F.,1959.
5. Pavelcu, V.: "Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii", Bucureşti, Ed.Did.şi Ped., 1982.
6. Piaget, J.: "Psihologia inteligenţei",Bucureşti, Ed.Stiinţifică, 1965.
7. Popescu-Neveanu, P."Curs de psihologie generală", vol.II, Bucureşti, Tipografia Univ.,1977.
8. Ralea,M.: "Scrieri din trecut în filosofie", Bucureşti, E.S.P.L.A., 1957.

Scanned with OKEN Scanner

NIVELUL OPTIMAL AL FRUSTRARII

T.RUDICA
Universitatea „Al.I.Cuza" Iaşi

Dorim să punem în discuţie această problemă a „nivelului optimal" al frustrării, deoarece multe din aspectele dezadaptării şi ale neintegrării persoanei în sistemul de cerinţe şi exigenţe de ordin socio-juridic şi moral se explică, printre altele, prin situaţia în care frustrarea depăşeşte anumite limite, mai ales de durată sau de intensitate a conflictului care-i stă la bază, devenind stressantă pentru echilibrul de ansamblu al personalităţii. Înţelegerea adecvată a acestui concept al „nivelului optimal" al frustrării nu poate fi, însă, realizată uşor, deoarece fenomenul frustraţiei nu poate fi discutat şi interpretat într-un mod adecvat decît în contextul personalităţii celui care realizează starea sau sentimentul respectiv de frustrare. Acest sistem al personalităţii impune, se ştie, un mod specific fiecăruia de a reacţiona la stimulările realităţii, deoarece în interiorul sistemului respectiv predispoziţiile înnăscute şi însuşirile dobîndite de individ în cursul vieţii sînt structurate întotdeauna într-o manieră individualizată, originală, unică. Aşa se şi explică de ce nivelul sau pragul optimal al frustrării variază de la un individ la altul, de ce pentru o persoană o anumită situaţie frustrantă se încadrează în limitele capacităţii sale de toleranţă, neprezentînd un factor frustrant stressant, iar pentru alta depăşeşte această capacitate personală de rezistenţă (situaţia respectivă de frustrare fiind resimţită ca un puternic factor stressant). Din această diversitate a modurilor personale de a resimţi în plan interior intensitatea diferitelor situaţii obiective de frustrare decurge şi varietatea practic infinită a răspunsurilor comportamentale la frustrare şi, implicit, gradele diferite de adaptare şi de integrare a persoanei la mediu (1).

In stabilirea „pragului optimal" al frustrării trebuie să luăm, prin urmare, în considerare, în mod obligator, <u>modurile personale</u> de <u>a simţi</u> şi de <u>a trăi</u> sentimentul frustrării. Aşa cum arătam şi cu altă ocazie (4), sentimentele de frustrare pot varia ca nivel, complexitate, intensitate şi mod de manifestare. Astfel, în cazul unor persoane (de regulă cele vanitoase, orgolioase) sentimentul de frustrare are ca dominantă tendinţa de a

învingă, a depăşi situaţia respectivă de privaţiune în vederea satisfacerii cu orice preţ a trebuinţei frustrate; în cazul altora (este vorba de persoanele fricoase, temătoare, nesigure de ele) sentimentul de frustrare exprimă cu precădere tendinţa de conciliere, de supunere şi autoblamare.

Dar, care sînt componentele psihologice de bază ale personalităţii, care vor determina această atît de mare diversitate a modurilor individuale de trăire a frustraţiei şi, implicit, de realizare a variabilităţii reacţiilor comportamentale la situaţiile de frustrare? Dintre acestea, un rol important îl au: dominantele motivaţionale, diferite de la om la om sub raportul conţinutului şi a intensităţii, modul personal de evaluare şi interpretare a situaţiei frustrante (dependent, desigur, de anumite resurse intelectuale, de anumite modele culturale întîlnite în familie, la locul de muncă, de bogăţia experienţei individuale în situaţii de frustrare), deosebirile în planul impresionabilităţii şi al sugestibilităţii persoanei (care va decide gradul de sensibilitate al acesteia la frustrare), măsura vulnerabilităţii personalităţii (determinată de gradul toleranţei individuale la frustrare, de atitudinea încrezătoare sau pesimistă în situaţia respectivă de privare), consecinţele frustrării asupra prestigiului nostru, exactitatea imaginii pe care o avem asupra propriilor resurse psihice (de care va depinde încrederea în capacitatea de a înfrunta agenţii frustranţi) etc.

In mod deosebit am dori să relevăm aici "contribuţia modului personal de evaluare şi interpretare a situaţiei respective de frustrare. Faptele curente de viaţă arată că situaţiile de frustrare sînt strîns legate de gradul de flexibilitate psihică în găsirea răspunsurilor corespunzătoare la solicitările multiple şi adesea contrariante ale mediului, grad care constituie şi măsura adaptabilităţii şi a maturizării persoanei. Situaţiile frustrante caracterizează tocmai acele condiţii în care nu a fost realizată concordanţa între persoană şi ambianţă (armonia între interesele individuale şi cele ale societăţii), precum şi echilibrul intrapsihic. Frustrate se dovedesc a fi, în primul rînd, acele persoane care, datorită unui egocentrism psihologic exagerat şi al unui egoism moral manifest, nu reuşesc să se autoaprecieze corect, să se transpună în conştiinţa altuia, să

adopte punctul de vedere al semenului (5). Din această incapacitate de înţelegere şi asimilare a trăirilor şi a motivaţiilor altora rezultă şi unele atitudini de „raţionalizare", în sensul justificării prin argumente în aparenţă logice, a unor tendinţe egoiste, meschine.

Persoanele care prezintă o hipertrofiere a personalităţii în sensul supraestimării (al „complexului de superioritate") sau al subestimării (al „complexului de inferioritate") realizează un mod de interpretare caracteristic a situaţiei frustrante: în cazul primelor, privaţiunea este apreciată ca arbitrară, nejustă, reuşeşte (interpretare care se poate degrada în forme psihopatice de delir de revendicare şi paranoia); în cazul celorlalte, obstacolele sînt considerate ca fiind de nedepăşit, de neînvins (mai ales persoanele sensibile şi cele care au un sistem nervos slab sînt „înclinate" să găsească "izvorul" tuturor nereuşitelor şi nerealizărilor lor, în primul rînd, în propriul eu, considerat prea slab, prea puţin înzestrat cu însuşiri psihologice autentice).

Un mod adecvat de interpretare a situaţiei frustrante implică, din partea persoanei respective, realizarea unei aprecieri obiective a situaţiei respective: astfel, persoana în cauză este capabilă să aprecieze că, în contextul situaţiei concrete respective, obţinerea satisfacţiei, a dorinţelor (aspiraţiilor) sale, sau nu este posibilă (datorită unor motive obiective), sau nu are dreptul la obţinerea acestei satisfacţii (în acest ultim caz, persoana respectivă, înţelegînd just raportul dintre drepturile şi îndatoririle ce-i revin, nu mai este înclinată să considere că are numai drepturi, că i se cuvine totul). (3).

Pragul optimal al frustrării este dependent, aşadar, nu numai de un complex de factori de ordin obiectiv (ex.natura influenţelor frustrante, momenrul cînd acestea intervin, cîmpul de forţe asupra cărora ele se exercită etc.), ci şi de unul de ordin subiectiv, ce ţin de sistemul personalităţii. Aceştia din urmă exprimă, în esenţă, posibilitatea adoptării de către persoana frustrată a unor modalităţi raţionale de rezolvare a situaţiei frustrante, modalităţi menite să asigure o adaptare activă, creatoare, printr-un proces dublu de „asimilare" şi „acomodare" (J.Piaget). In cazul persoanei care dovedeşte capacitate de in-

tegrare socio-profesională, fenomenul frustrației se exprimă (manifestă) ca act de conștientizare atît a importanței scopurilor și motivelor individuale, cît și a importanței aspirațiilor și a trebuințelor societății și a umanității. Chiar atunci cînd se simte deposedată de un drept, o astfel de persoană nu realizează acțiunea de revendicare într-o manieră agresivă: ea îmbracă, în primul rînd, forma unei reacții reflexive de rezolvare a contradicției, concomitent cu un sentiment de respectare a normelor sociale și de aderiune la ele. Ceea ce asigură, de fapt, păstrarea sănătății psihice, a unui armonios climat social, este rezolvarea corespunzătoare a contradicțiilor și anihilarea supratensiunilor psihice, în vederea mobilizării unor noi tensiuni motivaționale, creatoare, orientate în direcția dezvoltării persoanei și a integrării ei superioare.

Așadar, atunci cînd fenomenul frustrației se grefează pe fondul unei personalități echilibrate și pe un act de evaluare obiectivă, adecvată a situației concrete, el este un factor de progres individual și social, un stimulent pentru mobilizarea unor eforturi mai mari în direcția armonizării raporturilor cu oamenii (frustrarea devine, deci, o premisă a reușitei următoare). Situația inversă, însă, cînd frustrarea inițială devine premisa unei noi frustrări, a unor noi încordări în relațiile cu semenii, este mai evidentă în domeniul fenomenelor patologice, dar poate fi întîlnită adesea și la oamenii normali, în condițiile obișnuite ale activității, mai ales atunci cînd nu este suficient dezvoltat spiritual de discernămînt al influențelor exterioare, cînd lipsește capacitatea stăpînirii de sine (a dominării propriilor stări și trăiri afective) sau cînd, datorită unei dotări cu o sensibilitate mai mare, tensiunea afectivă, născută în situația de frustrare, determină o conștientizare excesivă a pericolului, fapt care duce la agravarea pericolului real și la sporirea tensiunii. La fel se întîmplă atunci cînd frustrarea depășește anumite limite (mai ales de timp, sau de intensitate a conflictului care-i stă la bază) devenind stressantă, sau cînd persoana nu este ancorată în activitate prin motive suficient de stabile și de puternice, care să vizeze valoarea intrinsecă a acțiunii (6).

Pentru a putea prevedea modalitățile de adaptare ale unei

persoane la diverse situaţii frustrante trebuie cunoscute, pe lîngă condiţiile frustrante, şi trăsăturile stabile ale personalităţii subiectului frustrat, trăsături care vor determina formarea unor anumite "stiluri adaptative". Evidenţierea, de pildă, a unor trăsături specifice personalităţii "introvertite", "rigide","autiste", ne va pune în faţa unor anumite modalităţi adaptative,caracteristice tipului de personalitate respectiv, care se vor deosebi de cele adoptate în mod curent de personalităţile "extravertite", "flexibile", "permeabile" pentru ideile noi (2). Personalitatea flexibilă, creatoare, ajunge să traducă şi să rezolve, în mod obiectiv, contradicţiile ivite la un moment dat în cîmpul vieţii şi al activităţii, ridicîndu-se astfel la instanţa superioară a decentrării, a capacităţii de a se substitui altuia, de a se transpune şi a înţelege în mod adecvat atît trăirile şi motivaţiile semenilor, cît şi exigenţele socio-morale şi culturale a colectivităţii mari a ţării în care trăieşte.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Dollard J., Doob L.,Miller N.E.,Mowrer O.H., Sears R.R.: Frustration and aggression, New-Hawen, Conn.Yale Univ.Press,1939.
2. Mucchielli,R., Les complexes personnels. Connaissance du problème, Les Editions E.S.F., Paris, 1971.
3. Pavelcu V.: Examenul critic al noţiunii "complex al frustraţiei", în Analele şt.ale Univ."Al.I.Cuza",Iaşi, Tom IX, 1963.
4. Rudică T.: Eu şi celălalt. De la poziţia egocentrică la poziţia altruistă, Iaşi, Editura Junimea,1979.
5. Selye, H. The Stress of Life, New-York, McGraw-Hill, 1956.
6. Yates, Audry (eds). Frustration and Conflict, New-York, Van Nostrand, 1965.

EVALUAREA CAPACITATII OPERATIVE A GINDIRII PRIN ALGORITMIZARE

T.PIROZYNSKI, N.COSMOVICI, V.CHIRITA, MARIA CIOBANU, MARIA COSMOVICI, MAGDA LUCHIAN, P.BOISTEANU, SILVIA GHERGHE
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" Iaşi

Tehnicile şi procedeele de evaluare şi apreciere a capacităţii operative a gîndirii, al cărui nucleu îl formează pentru conceptul de inteligenţă (4) şi, în genere, pentru complexitatea fenomenului mintal (5,6) constituie una din preocupările fundamentale ale psihologului clinician în ceea ce priveşte stabilirea psihodiagnosticului formativ în dinamica învăţării, raportat şi la estimările statistice stadiale (psihometrizare periodică). Aceasta, cu atît mai mult cu cît, în evaluarea capacităţii operative a gîndirii, a inteligenţei, fără a se absolutiza, intervin şi factori nonintelectuali din configuraţia personalităţii, care pot avantaja şi, uneori, condiţiona eficienţa ei (1).

Din ansamblul dispozitivelor psihologice de investigaţie şcolare şi clinice (3) pentru necesităţi de cercetare aplicativă recuperabilă psihopedagogică şi etalonare psihologică a testelor, axîndu-ne pe problema capacităţii de învăţare, am utilizat trei teste: Test I_2 - probă de psihodiagnostic a capacităţii operative a gîndirii (2), Proba de vocabular şi Test Kraepelin (3), pe parcursul unei ore şcolare, contracronometru.

Investigaţia s-a realizat pe două eşantioane: primul eşantion a cuprins 5 clase a VI-a (177 elevi, 82 fete şi 95 băieţi), incluzîndu-se şi teste decimalogice (ortografice) pentru scopuri didactice de recuperare şcolară psiho-pedagogică; al doilea eşantion a fost format din 1.309 elevi (642 fete şi 667 băieţi), toţi din clasele a VIII-a ale Municipiului Iaşi cu scop de restalonare prin metoda decile-quartilică. Referinţele şi interpretarea noastră se adresează primului eşantion (177 subiecţi) şi Testului I_2. Durata de rezolvare a testului, contracronometru, 15 minute.

Testul I_2 se compune din 4 subteste:

1. cuvinte contrarii (antonime) ; 6 noţiuni; 2. analogii: 8 noţiuni; 3. serii de numere: 6 numere; 4. cuvinte de prisos: 5 noţiuni.

Fiecare subtest conţine le probleme de rezolvat după ce, în prealabil, se dau cîte 2 exemple de rezolvare pentru fiecare subtest

In total, testul conţine 4o de "probleme" pe care subiecţii trebuie să le rezolve.

După însăşi denumirea testelor, acestea vizează exercitarea operaţiilor logice ale gîndirii pe baza informaţiilor anterioare sau prezente, avînd în vedere cele 2 modele (exemplu de rezolvare de la începutul fiecărui test).

Trei subteste vizează informaţii generale, iar un subtest se referă la informaţii matematice, dar toate avînd acelaşi numitor comun - rezolvarea prin algoritmizare, exactitate logică şi corectitudine.

Dacă la subtestul al treilea algoritmizarea este indubitabilă, la celelalte subteste, algoritmizarea, căutarea, descoperirea,aflarea, simbolizarea prin număr, transfer codificat, determinarea cu sens a răspunsului - creează la anumite categorii de copii reacţii de dubii,îndoieli, indecizii, erori în funcţie de: capacitatea operativă mintală şi antrenarea, exercitarea şi preocuparea faţă de sensul şi semnificaţia noţiunilor în contextul corectitudinii.

Sintetizînd prezentarea subtestelor, reiese că la trei subteste: 1 (6o noţiuni, 2(8o noţiuni), 4(5o noţiuni) s-au utilizat un număr de 19o cuvinte-noţiuni, deci aproximativ 2oo (dacă ţinem seama şi de exemple), ceea ce înseamnă că într-un ritm contratimp dens - 15 minute - s-au realizat un număr de 4o operativităţi algoritmice, ceea ce, după noi, înseamnă un act investigativ important pentru a se sesiza particularităţile condiţiei de învăţare,particularităţi care surprind operativitatea mintală algoritmică cu deosebirile inerente: 1. capacitatea de înţelegere; 2. capacitatea de informaţie; 3. utilizarea informaţiilor achiziţionate; 4. rapiditatea şi viteza de lecturare; 5. exactitatea de simbolizare; 6.transpert operativ formal; 7. situaţia de stress competitiv; 8.aderenţa ideo-afectivă de participare; 9. inapetenţa,indiferenţa,apatia; 1o. situaţia de handicap informativ; 11. reacţii psiho-motrice ilariante; 12. perturbarea activităţii prin contagiune parazitară.

Sintetic, considerăm că Testul I_2 îşi atinge scopurile propuse de noi deoarece se pretează la rezolvarea prin transpoziţie, înlocuire şi simbolizare - la trei subteste se înlocuiesc cuvintele cu simbolul cifrelor, iar la un subtest - serii de numere- se înlocuieşte cifra prin simbolul literei, ceea ce denotă capacitatea operativă mintală sau exercitarea operaţiilor gîndirii, depăşind nivelele structurale ancorate în realitate - tip analiză, sinteză,

comparaţii, asemănări, deosebiri, cu tendinţa de descoperire după model, după conţinut şi înţeles, transfer informativ, codificare, simbolizare şi rezolvare algoritmică.

Evaluarea psihostatistică a testului la nivel de eşantion, clase şcolare şi sex, o prezentăm în două modalităţi, aşa cum rezultă din cele două tabele:

1. după etalonarea testului pe quartile (2);

2. după media aritmetică la cele trei variabile: x_1-corecte, X_2- greşite, X_3 - emise, împreună cu randamentul diferenţiat (tempeul personal grupat) (7):

TABEL Nr.1

		QI	QII	QIII	QIV	M.B.	Dec.Q	LE
	F	0	4	3	7	25,9	8 IV	14
VI B	B	0	3	9	13	26,3	8 IV	25
	M	0	7	12	2o	26,2	8 IV	39
	F	0	1	2	22	3o,2	1o IV	25
VI A	B	0	1	0	14	29,4	10 IV	15
	M	0	2	2	36	29,9	1o IV	4o
	F	0	5	0	7	24,4	7 III	12
VI D	B	1	7	4	5	21,5	5 II	17
	M	1	12	4	12	22,7	6 III	29
	F	1	6	3	6	23,3	6 III	16
VI E	B	3	3	2	8	22,2	5 III	16
	M	4	9	5	14	22,7	6 III	32
	F	2	3	5	5	22,5	6 III	15
VI G	B	1	7	2	12	24,8	7 III	22
	M	3	10	7	22	23,8	7 III	37
Total	F	3	19	13	47			82
eşan-	B	5	21	17	52			95
tion	M	8	4o	3o	99			177

Din tabelul nr.1, utilizînd interpretarea de etalonare a testului rezultă:

1. In Quartilul 1, inferior, ceea ce înseamnă o normalitate slabă la interferenţă cu forme de întîrziere psihică se găsesc 8 elevi (3 fete şi 5 băieţi), care şi în activitatea şcolară întîmpină dificultăţi acute în însuşirea cunoştinţelor la majoritatea obiectelor, inclusiv la limba română, cu specific la ortografie, care utilizează reguli precise.

Cu acești elevi s-a încercat o recuperare didactică, pornind de la evaluări diversificate, de la nivelul lor de înțelegere și cunoștințe, deci ceberîndu-se la nivelul dezvoltărilor psihice și ajutîndu-i individual pentru a-și însuși elementaritatea, utilizînd exerciții didactice: - citirea silabică; citirea; compuneri libere (aproximativ 5 rîndari); întocmirea planului simplu; copierea; dictarea propozițională; autodictarea (elevii își vor "dicta" singuri cuvintele pe care le scriu, pronunțîndu-le răspicat pe silabe); despărțirea în silabe a cuvintelor la sfîrșit de rînd și trecerea pe rîndul următor, după ce, în prealabil, s-au făcut exerciții orale prin articulații fonaterii; despărțirea în silabe a cuvintelor formate cu prefixe; scrierea tuturor literelor din cuvînt; scrierea substantivelor proprii cu literă mare; scrierea cu literă mare la începutul propoziției sau frazei;exerciții de memorare.

Este o muncă dificilă care se abate de la programa școlară curentă a clasei adaptîndu-se nivelului de dezvoltare psihică și a cunoștințelor fiecărui copil, ținînd seama de ritmul de activitate, de obeseala nervoasă, instabilitate, corectarea pronunției, stimularea afectivă și adezivitatea, considerînd suplimentarea învățării diferențiate ca o "binefacere" și nu ca o pedeapsă ,antrenînd și climatul familial favorabil.

Nu putem afirma că s-au recuperat total, dar susținem că au fost informați prin tempoul personal al fiecăruia, la un nivel minimal pentru exprimarea orală și scrisă în limitele corectitudinii.

2. In Qurtilul 2, la nivel de eșantion, sînt delimitați 40 de subiecți (19 fete și 21 băieți). Acest quartil reprezintă o zonă de filtraj către normalitatea psihică de integrare, impregnat cu anumite dificultăți. Delimitînd Quartilul pe decile, am găsit la mijlocul decilului 3 și decilului 4, 19 elevi (corelat în sistemul de apreciere școlară - elev de nota 4,5 și 6), care întîmpinau dificultăți în însușirea regulilor ortografice și, în genere, la alte discipline școlare. Deficiențele copiilor în învățare nu constau în incapacitatea lor psihică, mintală, ci sînt condiționate de mai mulți factori: - neînvățarea ritmică anterioară; insuficienta preocupare a învățătorilor și profesorilor; copii lenți în gîndire și motricitate prin temperament; hiperexactitate: mișcări multe, neatenție (nu reușesc să se concentreze), obeseală nervoasă, epuizare, inhibiție de protecție; situații familiale descurajante și indiferente.

Cu acești copii s-a procedat diferențiat, grupul în cadrul

clasei şi mixtat. Diferenţierea grupală la nivelul de 3-4 elevi s-a realizat şi în funcţie de componentele lor psihice, utilizînd forme informaţionale mai avansate decît la copiii din Quartilul I. Am constatat o evoluţie favorabilă reală în însuşirea cunoştinţelor orale la limba română, datorită preocupărilor de compensare intensivă, psihopedagogică, elevii însuşindu-şi minimal-mediu cunoştinţele din programa corespunzătoare clasei.

3.Celelalte quartile: III (3o de elevi) şi IV (99 elevi) nu fac obiectul comentariilor deoarece elevii sînt capabili să-şi însuşească normal cunoştinţele şcolare (129 elevi).

La nivel de clase şcolare şi sex, raportîndu-ne la întregul eşantion pentru Variabila X_1 (rezolvare corectă), constatăm un amplasament decilic şi quartilic superior evolutiv.

Tabelul nr.2, al mediilor aritmetice pe clasă,sex şi mixt(7), diferenţiat pe cele trei variabile,4 subteste şi totalul rezultatelor la test este mai analitic şi edificator în ceea ce priveşte reuşita şi nereuşita la test, nereuşită care prin program de recuperabilitate diferenţiată în actul învăţării şi formalităţii devenirii poate fi ameliorată.(Vezi Tabel nr.2).

Pe subteste, la nivel de eşantion, constatăm următoarele medii aritmetice semnificative, în funcţie de operativitatea funcţională algoritmică: 1. cuvinte contrarii(antonime) - media aritmetică 8; 2.analogie - media aritmetică 5,5; 3) serii cifre-media aritmetică 6; 4) cuvinte de prisos - media aritmetică 6; Totalul subtesteler mediei aritmetice este următorul: 25,1 răspunsurile corecte; 12 greşelile; 2,9 omisiunile.

Aceasta înseamnă, dacă ne raportăm la întregul punctaj 4o-la nivel de eşantion, că testul este valid, adică este potrivit de aplicat claselor şcolare din ciclul gimnazial.

Rezolvarea prin răspunsurile standardizate, dar nestanţate subiectiv de sens algoritmic, ca probă de dezvoltare şi învăţare, cu aprecieri şi evaluări calitative şi cantitative exprimă la momentul intervenţiei de investigaţie o constantă dinamică,raportată la contextul examinativ şi proiectiv sub dublu aspect :şcolar-clinic.

Reetalonarea decile-quartilică a Testului I_2, pe al doilea eşantion (1.3o7 subiecţi) nu dezvăluie diferenţe statistice semnificative, ci chiar neglijabile, deoarece media aritmetică se decalează cu aproximativ 2: 25,şi 27 (indiferent de sex şi clase şcolare),intervenind şi rotunjirea %.

Scanned with OKEN Scanner

TABEL Nr.2

Valideie	X_1	X_2	X_3	X_1	X_2	X_3	X_1	X_2	X_3	X_1	X_2	X_3	X_1	X_2	X_3	R.N.
clase scolare	cuvinte contrarii			Analogie			Serii cifre			Cuvinte de prisos			TOTAL			
1 VI B	8,5	1,5	-	5,4	4,3	o,3	5,9	2,8	1,3	6	2,6	1,4	25,9	11,1	3	o,51o
2 VI A	9,2	o,7	-	6	3,8	o,2	7,6	2,2	o,2	7,4	1,8	o,8	3o,2	8,5	1,3	o,69o
3 VI D	7,8	1,3	o,8	6,1	3,5	o,4	4,2	4,3	1,6	6,3	2,3	1,4	24,4	11,3	4,3	o,428
4 VI E	7,4	2,3	o,3	5	4,5	o,5	5,3	3,9	o,9	5,6	3,3	1,1	23,3	14	2,8	o,356
5 VI G	7,3	2,7	-	5,3	4,7	o,1	4,6	4,7	o,7	5,3	3,9	o,7	22,5	16,1	1,5	o,267
Fete media	8,o	1,7	o,2	5,6	4,2	o,3	5,5	3,6	o,9	6,1	2,8	1,1	25,3	12,2	2,6	o,45o
							BAIETI									
1 VI B	8,6	1,4	-	6	3,8	o,2	5,8	2,8	1,4	5,9	2,3	1,8	26,3	1o,4	3,3	o,538
2 VI A	8,9	1,1	-	6,3	3,7	-	6,3	3,6	o,1	8	1,1	o,9	29,4	9,6	1	o,651
3 VI D	7,3	2,4	o,3	4,2	4,8	1	4,8	3,5	1,8	5,3	2,4	2,4	21,5	13,1	5,4	o,314
4 VI E	7,8	1,9	o,3	4,6	4,8	o,7	4,6	3,5	1,9	5,2	2,4	2,4	22,2	12,6	5,3	o,351
5 VI G	7,7	2,3	-	5,9	4,1	-	5,5	4,1	o,4	5,7	3,4	1	24,8	13,9	1,3	o,416
Băieți media	8,1	1,8	o,1	5,4	4,2	o,4	5,4	5,5	1,1	6,o	2,3	1,5	24,8	11,9	3,3	o,454
							CLASE (MIXT)									
1 VI B	8,5	1,5	-	5,8	3,9	o,2	5,8	2,8	1,3	5,9	2,4	1,6	26,2	1o,6	3,2	o,528
2 VI A	9,1	o,9	-	6,1	3,8	o,1	7,1	2,8	o,2	7,6	1,5	o,9	29,9	8,9	1,2	o,676
3 VI D	7,5	2	o,5	5	11,3	o,8	4,5	3,8	1,7	5,7	2,3	2	22,7	12,3	4,9	o,375
4 VI E	7,6	2,1	o,3	4,8	4,6	o,6	4,9	3,7	1,4	5,4	2,8	1,8	22,7	13,3	4	o,353
5 VI G	7,5	2,5	-	5,6	4,4	-	5,1	4,4	o,5	5,5	3,6	o,9	23,8	14,8	1,4	o,341
Media esantion	8,o	1,8	o,2	5,5	4,2	o,3	5,5	3,5	1,o	6,o	2,5	1,4	25,1	12,o	2,9	o,452

In context clinic- internabil şi ambulator (tip L.S-M)- algoritmizarea testului este aplicabilă (3), psihodiagnostic, corelat cu testul Raven şi proba de vocabular, pacienţilor cu nivel de şcolarizare 7-lo clase, raportat la vîrsta 16-45 ani, profesionalizare şi diagnostic marginalizat psihiatric, în structuralitate cognitivă,prin conturare şi completare psihoterapeutică a intervenţiei medicale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bogdan Tucicov-Ana : Psihologie generală şi psihologie socială, Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1973.
2. Bontilă G.: Aptitudinile şi măsurarea lor, Centrul de documentare şi publicaţii al Ministerului Muncii,Bucureşti,1971.
3. Cosmovici N.: Interferenţe psihiatriee (sub red.T.Pirozynski); Rev.Med.Chir.Iaşi,1986.Supliment,267-28o.
4. Kulcsar T.: Examinarea inteligenţei,Rev.Psih.nr.2,Bucureşti,1988.
5.Pirozynski T.(sub red.): Psihiatria azi,Rev.Med.Chir.Iaşi,1985, Supliment.
6.Pirozynski T.(sub red):Interferenţe psihiatriee,Rev.Med.Chir.Iaşi 1986,Supliment.
7.Smith M.G.: Ghid simplificat de statistică.Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1971.

COORDONATE ALE ACTIVITATII PSIHOLOGULUI IN CLINICA PSIHIATRICA

MAGDA LUCHIAN

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iagi

Psihologia medicală a jucat un rol major în dezvoltarea psihologiei ştiinţifice. Intr-o epocă în care psihologia experimentală debuta lent şi modest, observarea comportamentelor deviante oferea un material privilegiat pentru construirea unui sistem teoretic, conceptual. Plecînd de la datele oferite de psihopatologie, psihologii au construit o psihologie a normalului, considerînd că patologicul caricaturizează, amplificînd anumite trăsături, fenomenul normal (3).

Psihologia medicală s-a constituit ca rezultat al unui proces istoric firesc de dezvoltare a ştiinţelor legate de explorarea şi intervenţiile asupra omului aflat în suferinţă, iar relaţia interdisciplinară (psihologie-medicină) pe care se întemeiază nu reprezintă un fapt întîmplător, ci o etapă necesară în orientarea ştiinţei spre practică (6,7).

Asistenţa medicală actuală bazîndu-se pe o cunoaştere extrem de complexă şi multilaterală, impune o investigare aprofundată, efectuată de echipe de specialişti care să poată satisface nevoia de informaţii, de la cele biochimice, anatomopatologice şi bioelectrice la cele clinice şi psihologice.

In psihiatrie, această viziune interdisciplinară presupune ca fiecare membru al echipei să aibă atribuţii în funcţie de calificarea şi competenţa sa, medicului revenindu-i rolul de conducător al procesului care tinde spre vindecarea bolnavului. Aşa cum se întîmplă de obicei în cazul oricărei activităţi colective sprijinite pe o concepţie unitară, aportul personal al fiecărui participant îşi păstrează specificitatea.

Psihologia medicală utilizează informaţiile ştiinţifice, adaptate şi particularizate, din toate ramurile psihologiei şi a ştiinţelor de graniţă, care se pretează contextului psihiatric, formînd un ansamblu de principii şi metode diferenţiate dar subsumate psihiatriei (2).

Implicarea reciprocă a celor două domenii (psihologie medi-

cală şi psihiatrie) ca şi formularea explicită şi invocarea acestor relaţii au apărut cu aproape un secol în urmă, cînd V.H.Kandinski considera că „datele generale şi concluziile psihologice ştiinţifice sînt obligatorii pentru psihiatrie, deoarece psihicul, deşi tulburat nu încetează să fie psihic". (cf.Ionescu G.,1985, p.26).

Fiind o disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială, psihiatria este strîns asociată cu disciplinele medicinii clinice pe de o parte şi cu disciplinele psihologice pe de altă parte (6).

Statutul profesional al psihologului în clinica psihiatrică este tot mai argumentat de activitatea desfăşurată în clinică şi ambulator, activitate dirijată şi concretizată prin cîteva obiective principale: 1) participarea la elaborarea diagnosticului; 2) recuperarea şi reinserţia bolnavului prin metode şi tehnici psihoterapeutice speciale; 3) cercetare ştiinţifică aplicată; 4) activitatea de psihoigienă şi psihoprofilaxie.

Diferitele atribuţii ale psihologului nu pot fi strict delimitate, deoarece investigaţia psihologică este prin esenţa ei o "cercetare ştiinţifică în miniatură", datele obţinute folosindu-se nemijlocit în psihoterapie; la rîndul său demersul psihoterapeutic oferă numeroase informaţii investigaţiei psihologice. De asemenea cercetarea ştiinţifică alimentează permanent baza metodologică şi posibilităţile de explicare a fenomenelor detectate (7).

Integrarea investigaţiei psihologice în structura explorării paraclinice a bolnavului psihic se înscrie în necesitatea resimţită de medic de a-şi completa propriul demers cu o investigaţie în profunzime, care, fără să piardă legătura cu clinica, implică o modalitate experimentală care sintetizează aprecierile cantitative într-o viziune predominant calitativă a fenomenelor psihice.

Interpretarea rezultatelor va fi cu atît mai precisă cu cît va cuprinde mai multe date, inclusiv clinice; neglijarea datelor clinice importante în interpretarea unui test fiind la fel de prejudiciabilă ca şi neglijarea datelor psihometrice la nivelul sintezei clinice (5).

Examenul psihologic se efectuează la cererea medicului, astfel că problema este supusă psihologului după o selecţie

prealabilă.

Solicitările examenului psihologic în clinica psihiatrică sînt variate: precizarea nivelului intelectual (Q.I.), stabilirea prezenţei şi a gradului de deteriorare al capacităţii mintale, determinarea personalităţii premorbide a pacientului şi o scurtă portretizare a simptomatologiei psihopatologice manifeste în momentul respectiv sau în dinamică (cazul cercetărilor psihofarmacologice sau simpla urmărire a evoluţiei sub tratament), participarea în cadrul comisiilor medico-legale, la stabilirea discernămîntului subiectului în momentul comiterii faptei, estimarea potenţialului aptitudinal restant, în cazul expertizării capacităţii forţei de muncă, depistarea cazurilor cu risc adaptativ în contextul profilaxiei primare a bolilor mintale, prin examinarea unor colective de muncă sau de elevi, examinarea psihologică a bolnavilor dispensarizaţi prin L.S.M., în vederea unei profilaxii secundare şi terţiare.

În ceea ce priveşte metodologia folosită, ea trebuie să fie comună, dar examinarea psihologică trebuie să refuze o rigiditate prestabilită. Probele, testele, chestionarele, experimentele trebuie abordate în funcţie de solicitarea medicului, diagnosticul medical pregătirea profesională, vîrsta şi starea emoţional-afectivă a pacientului.

Deşi unele metode sînt utilizate în comun atît de psihiatru cît şi de psiholog (ca de ex.: observaţia, anamneza, interviul), există diferenţieri importante privind particularităţile obiectivului urmărit, relaţia analizată, strategia desfăşurării şi combinarea metodelor (4).

Practica demonstrează necesitatea desfăşurării, în anumite cazuri, a examenului psihologic pe mai multe şedinţe, începîndu-se cu un interviu non directiv, continuat în mod directiv, acesta fiind urmat de aplicarea probelor propriu-zise.

Oricît ar fi de complexă o probă psihologică nu poate satisface necesitatea riguroşităţii ştiinţifice şi a probităţii profesionale.

O altă problemă o ridică şi redactarea examenului psihologic, comunicarea informaţiei care trebuie elaborată, prelucrată şi raportată în funcţie de pregătirea celui care beneficiază de ea. Aceasta impune pe de o parte însuşirea de către psiholog a unui

limbaj medico-psihiatric (cu evitarea oricărei imixtiuni) iar pe de altă parte un minimum de cunoştinţe psihologice din partea medicului psihiatru.

Activitatea terapeutică a psihologului decurge ca o consecinţă firească dinînsăgi acţiunea de investigare, examenul psihologic fiind prin relaţia directă şi biunivocă-psiholog-pacient, primul contact psihoterapeutic care orientează strategia şi tactica folosite ulterior (2).

Acreditarea psihologului pentru psihoterapie se datoreşte în primul rînd formaţiei sale pedagogice, care-i oferă atît teoretic cît şi practic cunoştinţe şi posibilităţi în influenţarea psihicului. Psohoterapeutul creează o relaţie educaţională implicînd transmiterea unor informaţii, învăţarea şi aplicarea acestora în situaţii concrete de viaţă, formarea unor atitudini, structurarea unor comportamente (7).

Psihoterapiile mai uzitate în clinică sînt: Psihoterapia non-directivă a lui Carl R.Rogers, psihoterapia de relaxare (metoda Schultz), consilierea psihologică, meloterapia, psihodrama, psihoterapii de grup, terapeutici ocupaţionale, psihoterapia familiei.

Rezultatele obţinute în urma activităţii de investigaţie şi psihoterapie, propun la rîndul lor noi teme de cercetare şi direcţii de acţiune (studierea de noi teste şi perfecţionarea celor vechi, aprofundarea problemelor privind mecanismele tulburărilor şi deficiteler psihice, cercetări de psihofarmacologie etc.).

Dacă practica tinde să subordoneze teată cunoaşterea înţelegerii cazurilor individuale, cercetarea tinde să degajeze din fapte observate ,ecanisme şi legi de ordin general.

In privind cercetării, contribuţia psihologului se regăseşte în toate ariile activităţii sale, de la analiza cauzelor tulburăriler psihice, la evaluarea rezultatelor terapiei, pînă la elaborarea şi validarea unor noi instrumente de investigaţie.

In acţiunile psihoprofilactice ale L.S.M.-ului, psihologul se află în prima linie, avînd un rol activ în depistarea tulburăriler psihice în rîndul populaţiei active, în prevenirea prin control psihologic periodic) decompensărilor şi agravărilor ce pot surveni pe parcurs, ca şi în reinserţia bolnavului în

societate şi familie.

In concluzie, prezenţa psihologului în echipa de specialişti care asigură asistenţa psihiatrică, este de nesubstituit şi beneficiază deziderateler unei medicini moderne, ştiinţifice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Athanasiu A.: Elemente de psihologie medicală, Edit.Medicală, Bucureşti, 1983.

2. Cosmovici N.: Interferenţe psihiatrice, Rev.Med.Chir.,Iaşi, supl.,1987, 267-272.

3. Fraisse P.: Psychologie de demain, Edit. P.U.F. (Paris), 1982.

4. Gerges C. (sub red.) - Vademecum în psihiatrie, Edit.Medicală, Bucureşti, 1985.

5. Ionescu G.(sub red.): Psihologie clinică, Edit.Academiei, R.S.R.,Bucureşti, 1985.

6. Pirszynski T.,Magda Luchian, Cosmovici N., Chiriţă V., Boişteanu P., Rev.Med.Chir.,Iaşi, 1987 - 239-242.

7. Sen A.: Laboratorul de psihologie clinică, Edit.ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1975.

APRECIEREA NIVELULUI INFORMATIONAL PRIN PROBA DE VOCABULAR

T.PIROZYNSKI, N.COSMOVICI, V.CHIRITA, MARIA CIOBANU, MARIA COSMOVICI, MAGDA LUCHIAN, P.BOISTEANU, SILVIA GHERGHE

Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" Iaşi

Limbajul ca activitate psihică specific umană în unitatea şi diversificarea configuraţiei personalităţii, îndeplineşte funcţiile de comunicare, cogniţie şi reglare (1). In formarea şi constituirea limbajului intern, scris-cititul reprezintă un factor important, împreună cu viteza şi accelerarea lecturii, limbajul interior este mai productiv în ceea ce priveşte înţelegerea textului ("textualizarea") şi dezvoltarea intelectuală ("algoritmizarea"), care are loc în perioada preadolescenţei(4). Deoarece transportul informaţiei se face prin limbaj, lingvistic şi extralingvistic, în actul comunicării interesează, în primul rînd, sensul, semnificaţia şi conţinutul reflectoriu al cuvîntului în contextualizare economică, atunci cînd aduce o informaţie nouă şi raportul dintre cuvinte, legăturile asociative prin deprinderi verbale dobîndite anterior sau stabilite curent în metamorfizare, în stilul creativ.

Pentru a surprinde experimental unele particularităţi ale nivelului informaţional în "vocabularizarea" activă, prin cuvinte, am realizat o investigaţie psihologică pe un eşantion de 177 subiecţi, elevi din 5 clase a VI-a (82 de fete şi 95 băieţi). Testele utilizate au fost: Proba de vocabular, Testul I_2 şi Testul Kraepelin, pe parcursul unei ore şcolare; comentariile au ca referinţă Proba de vocabular, care durează, contracronometru, 25 de minute. Denumirea de Probă de vocabular poate fi interpretată ca improprie, dar o considerăm ca atare, fiind de nelipsit în investigaţiile psihologice, în diferite variante (6,7). Această probă oferă posibilitatea cunoaşterii individuale a capacităţii informaţionale a subiecţilor prin utilizarea corectă, subsumativă a noţiunilor şi încadrarea lor în categorii (în sensul raportului întreg-parte), permiţînd aflarea diferenţelor socio-culturale, extraşcolare prin determinarea centrului de interese personale, dar şi condiţionate familial. In acelaşi timp se poate determina nivelul minim al vocabularului activ, reactivat prin stimuli categoriali cuprinşi între anumiţi parametri daţi la un moment dat, constatîndu-se şi carenţele informaţio-

nale anterioare şi prezente, adică eşecul sau nereuşita la probă.

Categoriile din care este compusă Proba de Vocabular prezintă avantajul că nu se raportează la un domeniu limitat de informaţii sau special de urmărit, ci vizează majoritatea disciplinelor şcolare gimnaziale, a căror evaluare cantitativă este variabilă, avînd,în primul rînd, o semnificaţie psihologică (2,3):1.Limba şi literatura română: 14 categorii, 42 noţiuni; 2. Stiinţe biologice: 15 categorii, 45 noţiuni; 3.Istorie,educaţie cetăţenească: 8 categorii, 24 noţiuni; 4.Geografie: 6 categorii,18 noţiuni; 5: Fizică, chimie: 5 categorii,15 noţiuni; 6.Atelier şcolar,orientare şcolară şi profesională (O.S.P): 5 categorii,15 noţiuni; 7.Muzică: 3 categorii,9 noţiuni; 8.Matematică: 2 categorii, 6 noţiuni;9:Educaţie fizică: 2 categorii, 6 noţiuni; lo.Desen: 1 categorie, 3 noţiuni.

Răspunsurile obţinute de la elevi sînt diferenţiate în funcţie de capacitatea psihică, instrucţie şi informarea anterioară prin utilizarea adecvată, corectă sau greşită, prin încadrarea noţiunilor în categorii, oferind posibilitatea unei diferenţieri individuale a capacităţii de învăţare a elevilor, atît în actul comunicării verbale cît şi scrise.La această probă de vocabular,avînd în vedere răspunsurile libere, spontane,dar "autodirijate","autoreglate" ca semnificaţie s-a constatat la nivel de clasă o stare de relaxare,bună dispoziţie, euforie, determinînd un spirit competitiv şi într-o oarecare măsură egoist, aceasta implicînd,nu atît o monopolizare informaţională, cît "o stare de individualizare,interiorizare, care prin proiecţie să se facă remarcată,ceea ce a redus simţitor tendinţa de " a trage cu ochiul", a copia sau convorbi,instalîndu-se în clasă o stare de linişte şi concentrare. Trebuie să mai adăugăm şi modul de rezolvare a probei, care nu implică dificultăţi ci,dimpotrivă, o lejeritate şi comoditate mintală şi psihomotorie, creînd o disponibilitate afectivă individuală şi de grup.

Subiecţii au fost invitaţi să scrie cîte 3 cuvinte, 3 noţiuni, care să fie incluse în fiecare categorie.De exemplu, la categoria "Scriitori"(58) subiecţii trebuiau să scrie 3 nume; fiecare scria numele care-i venea în minte imediat (I.Creangă,M.Sadoveanu, Gee Bogza, M.Eminescu, T.Arghezi), fără o prealabilă perioadă de gîndire,deoarece răspunsul individualiza pe elev şi nu era greşit, indiferent ce nume de scriitor ar fi scris.Dacă subtilizăm inter-

pretarea acestui exemplu pentru fiecare subiect ne putem da seama de informaţia pe care o posedă, dacă a citit din opera scriitorului şi afinităţile elective între elev-scriitor-operă, privind anumite trăsături de personalitate. Mai putem remarca dacă scriitorii au fost studiaţi la nivelul clasei anterioare şi al clasei prezente, sau dacă fac parte din preocupările veleitare informaţionale individuale sau socio-familiale. Dacă adîncim exemplificarea cu o altă categorie: "Personaje din opere literare" (52) şi, dacă întîlnim personaje din operele scriitorilor menţionaţi, inconştient apare o corelaţie de dominantă personală, care ne poate furniza informaţii cu privire la climatul psihic al subiectului.

Sub aspectul evaluării psiho-statistice, menţionăm că proba este alcătuită din 61 de categorii-cuvinte, la care subiecţii trebuiau să scrie cîte 3 noţiuni-cuvinte de fiecare categorie şi încorporată în ea, deci trebuiau scrise 183 noţiuni. Interpretarea psihostatistică se poate realiza sub forma a trei variabile în felul următor: X_1 - noţiuni scrise corect; X_2 - noţiuni încadrate greşit în categorie, deci erori operative ale gîndirii, mai ales de sintetizare, care vizează o cogniţie indecisă, îndoielnică; X_3 - noţiuni omise, necunoscute de elevi, nu atît de concreteţea acţiunii, cît din necunoaşterea semnificaţiei conţinutului categorial.

Estimarea adecvată şi de acurateţe a interpretării, la ultimele două variabile X_2 şi X_3, decurge din detalierea eşecului informaţional şi cognitiv prin delimitarea gradientelor de eşec, sub forma celor trei noţiuni (raportate categorial pentru fiecare elev şi pe ansamblul clasei): X_2 - o noţiune greşită, două noţiuni greşite, trei noţiuni greşite; X_3 - o noţiune omisă, două noţiuni omise, trei noţiuni omise.

Această distributivitate ne permite să reevaluăm aprecierile şi să intervenim prin forme compensative de stimulare, după individualitatea elevilor pentru aducerea la nivelul minimal şi exercitarea condiţiei de a învăţa.

Interpretarea probei de vocabular se poate realiza după următoarele trei criterii:

1. <u>Criteriul cantitativ</u>, informaţional, de rezolvare a probei.

2. <u>Criteriul calitativ</u>, de cunoaştere a conţinutului categorial ilustrat prin noţiunile scrise;

3. <u>Criteriul ortografic</u>.

Din punct de vedere al criteriului cantitativ, informaţional constatăm şi remarcăm că Proba de Vocabular este adecvată şi pretabilă investigaţiei la aceste perioade de vîrstă (clasele V-VIII), deoarece ea a fost rezolvată de 75% din subiecţii investigaţi la cele 5 clase . Aceasta înseamnă că, în medie pe eşantion, dar şi pe clase şcolare, cu diferenţieri nesemnificative, din 183 noţiuni, elevii au răspuns corect, încadrîndu-le categorial la 150 noţiuni. Deci experimentarea poate avea o valoare generalizată sub formă testabilă, apreciativă a nivelului informaţional, a cunoştinţelor elevilor.

Dacă proba este validă din punct de vedere al criteriilor enunţate, confirmată prin interpretare psihostatistică a calculării randamentului de activitate şi a procentajului de exactitate, după operaţiile modice, detaliem asupra celor aproximativ 25% de răspunsuri deficitare sub două modalităţi:

1.răspunsuri greşite (X_2) sub două variante: a) a necunoaşterii conţinutului; b) a necunoaşterii semnificaţiei noţiunii de încadrare în categorie prin confuzii, răspuns întîmplător, de moment, răspuns însuşit greşit anterior;

2. răspunsuri omise (X_3), adică nescrierea noţiunilor (prima, a doua, a treia), prin necunoaşterea lor.

In cadrul eşantionului investigat, 177 subiecţi, constatăm că raportul dintre X_2- noţiuni greşite şi X_3 - noţiuni omise este inversat, în sensul că noţiunile omise sînt mult mai frecvente, depăşind cu mai mult de jumătate noţiunile greşite dar, încadrîndu-se în procentajul de nereuşită, de 25%. Sistematizarea "prezentării eşecului la test, sub forma variabilelor X_2 şi X_3 , din punct de vedere al <u>criteriului calitativ,</u> aşa cum reiese din tabelele nr. 1 şi 2, după această interpretare: 1. pe clase şcolare (fără diferenţiere de sex); 2. pe noţiuni şi categorii în cadrul claselor şcolare (noţiuni greşite - X_2 şi noţiuni omise - X_3, raportate, la întregul eşantion investigat; 3. extragerea prin convenţie interpretativă de semnificaţie înalt statistică, peste 10 noţiuni din cadrul eşantionului pe fiecare categorie omisă; ne permite anumite constatări.

Tabel nr.1 - X_2

X_2	VIB	VIA	VID	VIE	VIG	Total	Peste 1o
o noţiune greşită	59	48	55	9o	99	351	12
două noţiuni greşite	3o	3o	24	39	64	187	5
trei noţiuni greşite	83	25	59	9o	116	373	12
Total noţiuni greşite	172	1o3	138	219	279	911	29

Tabel nr.2 - X_3

X_3	VIB	VIA	VID	VIE	VIG	Total	Peste 1o
o noţiune omisă	139	175	138	2o8	217	877	34
Două noţiuni omise	67	67	87	1o1	63	385	13
Trei noţiuni omise	18o	95	156	62	153	646	21
Total noţiuni omise	386	337	381	371	433	19o8	68

Deci, din punct de vedere al criteriului al doilea, al variabilei statistice, X_2 - noţiuni greşite, care sînt mai reduse decît cele omise, constatăm ca dominantă de interpretare noţiunile confuzive, adică încadrarea neadecvată a noţiunilor specifice în categorii gen. Se pot delimita mai multe forme de noţiuni confuzive realizate de elevi şi care au importanţă, în vederea corectării, atît ca exactitate de semnificaţie şi comunicare, dar din punct de vedere ortografic: necunoaşterea conţinutului categorial, utilizarea generalizată, banală, fără specific categorial; nediferenţierea dintre fiinţe şi lucruri; noţiuni confuze prin consonanţă.

O altă modalitate de interpretare a noţiunilor confuzive o putem trece pe seama oboselii psihice (cerebro-astenie), a nervozităţii, nerăbdării, insuficienţei capacităţi de concentrare a atenţiei în actul citirii categoriei, nediferenţierii silabice şi

superficialităţii percepţiei vizuale în înregistrarea grafemo-categorială, ceea ce a dus la suprimarea semnificaţiei conţinutului iniţial categorial şi transformarea lui în alt conţinut.Ca o particularitate a vîrstei, menţionăm că unii subiecţi au scris unele dintre răspunsuri care se referă direct la experienţa lor personală,familială şi informaţională, avînd în centrul preocupărilor raportarea la EU. De asemenea, remarcăm că la unele categorii gen, subiecţii au răspuns prompt şi corect pe baza informaţiilor zilnice şcolare, familiale, extrafamiliale, stradale, cu care au venit în contact.Referitor la cel de-al treilea criteriu ortografic, am descoperit numeroase greşeli de ortografie a căror cauză trebuie căutată, fie în necunoaşterea unor noţiuni de fonetică şi de morfologie,fie în modul defectuos de pronunţare.Nu ne permitem să le transcriem hagiografic după inventar ortografic, ci menţionăm numai tipologia erorilor: greşeli produse din nerespectarea regulilor care stabilesc grafia în concordanţă cu norma ortoepică şi cu pronunţia literară; scrierea cu literă mică a substanţivelor proprii la categoriile unde toate substantivele trebuiau scrise cu literă mare; omiterea literelor la început, în interior sau la sfîrşitul cuvintelor; omiterea articolului hotărît enclitic propriu-zis de la sfîrşitul substantivelor comune sau proprii; scrierea separată a substantivelor care se ortografiază împreună; unele cuvinte cu mai multe forme greşite; teama de a nu greşi şi face pe unii să folosească hipercrtografii; introducerea unor consoane nepotrivite în cuvinte.

Considerăm că Proba de Vocabular, constituie un instrument psiho dagogic pentru a evalua şi aprecia nivelul informaţional al vocaabularului activ al elevilor din ciclul gimnazial.

In context clinico-psihiatric de examinare psihologică şi de ambulator tip L.S.M., de asistenţă psihiatrică populaţională (5). Proba de Vocabular, corelată cu alte probe şi teste din dispozitivul testabil individual şi de grup, poate oferi "seturi informative" cu privire la simptomatologia involutivă, organică sau a psihozelor majore, raportat la vîrstă (16-45 ani), sex, şcolarizare (7-10 clase) şi profesionalizare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Cazacu-Slama Tatiana: Introducere în psiholingvistică, Edit. Ştiinţifică, Bucureşti,1968;

2.Holban I.(coord.): Cunoaşterea elevului - o sinteză a metodelor, Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1978;
3.Lege J.,Dague P.: Manuel d'application du Test de Vocabulaire en images, Edition du Centre de Psychologie Appliquée, Paris,1976;
4.Neveanu - Popescu P.: Psihologie generală, II.Univ.Bucureşti,1977;
5.Pirozynski T.(sub red.): Ecosistemul relaţiei familiale şi asistenţa psihiatrică, Edit.I.M.F.Iaşi,1986;
6. Sen A.: Laboratorul de psihologie clinică . Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1975;
7. Wechsler D.: Echelle d'inteligence de Wechsler pour adults, Edition du Centre de Psychologie Appliquée, Paris,1968.

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE LA NIVELUL LABORATORULUI DE ORIENTARE SCOLAR-PROFESIONALA DIN CADRUL I.S.J.

MIHAELA MANTA
Inspectoratul şcolar judeţean Iaşi

Perspectiva umanistă specifică obiectului de studiu ne impune o concepţie funcţional integrativă asupra investigaţiilor în discuţie.

Poziţia şi domeniul nostru de activitate impun însă detalieri.

Ca element instituţional, Laboratorul de orientare şcolară şi profesională din cadrul I.S.J. se situează pe palierul educaţiei avînd posibilitatea şi obligaţia statutară de a racorda şcoala, prin intermediul elevilor, la familie şi societate atît în plan general uman cît şi individual.

Cadrul legal specifică pentru L.O.S.P. atribuţii de factura orientării şcolare şi profesionale privită în sensul restrîns al demersului organizat de a aduce în stare de coexistenţă echilibrată şi reciproc avantajoasă comanda socială, aspiraţiile şi posibilităţile individuale, totul axat pe criteriul pregătirii eficiente a forţei de muncă..

Poziţia privilegiată a L.O.S.P. prin contactul simultan cu familia-şcoala-societatea precum şi unele aspecte generate de complexitatea procesului de devenire a personanei copilului spre personalitate într-o lume tot mai complicată sub aspectul exigenţelor de ritm, calitate şi performanţă au impus o serie de amplificări succesive ale funcţiei sale; enumerăm:

1.Necesitatea de a răspunde problemelor factorilor cu care vine în contact:

a. părintele, care solicită sprijin în situaţii grele, sfat de orientare şcolară, nu o dată eori declinîndu-şi orice capacitate de răspundere dar mai dorind încă a găsi explicaţii şi soluţii;

b.elevul aflat în impas de situaţie sau dorind a-şi afla drumul cel mai bun;

c.educatorul confruntat cu noi cerinţe profesionale şi aflat în faţa unor altfel de elevi, adeseori în chiar poziţia de părinte profund nedumerit.

Toţi factorii solicită informaţii despre ei şi despre ceilalţi poziţia L.O.S.P. trebuind să intervină obligatoriu cu elementele

legate de concretul comenzii sociale.

In egală măsură toţi factorii vor să ştie de ce, dar mai ales ce şi cum să facă, elementele de soluţie expres solicitate punînd L.O.S.P. în situaţia de a cunoaşte şi interpreta cauzal realitatea, de a elabora strategii de acţiune, de a le valida prin dirijarea aplicării ş.a.m.d.

2. Perspectiva predominant psihopedagogică derivă firesc din însăşi amplasarea L.O.S.P. în reţeaua I.S.J, situaţie ca atare nefăcînd decît să complice lucrurile dacă avem în vedere:

a. importanţa capitală a psihologiei elevului (ca persoană) în asigurarea stării de învăţare;

b. orientarea tot mai accentuat psihologică a ştiinţelor învăţării;

c. caracterul incomplet al pregătirii iniţiale şi permanente a educatorilor (înţelegînd prin acest termen toate categoriile de cadre din învăţămîntul preuniversitar) din punct de vedere psihopedagogic.

3. Statuarea explicită generală, în ultimul timp resimţită tot mai mult ca o vitală nevoie internă, de a se implica în activitatea de orientare ştiinţifică a procesului formativ, în cercetarea ştiinţifică propriu-zisă.

Pentru a putea răspunde titlului "Semnificaţia explorărilor psihologice la nivelul laboratorului de orientare şcolar-profesională din cadrul I.S.J", deci capitalei întrebări DE CE? ne permitem a proceda foarte didactic.

<u>CE FACE L.O.S.P?</u>

a. - asigură
- o bază material-documentară;
- circulaţia informaţiei de factura orientării şcolare şi profesionale între I.S.J.-şcoală - părinţi-elevi prin verigi intermediare şi prin contact direct;

b. - explorează
- orizontal - fluxurile de elevi în vederea şcolarizării, clasei a V-a pentru nivelul de adaptare, clasele terminale pentru opţiune şcolară); tot în plan orizontal explorează grupe de unităţi şcolare, serii de clase ale unei şcoli, colective de elevi privite în sintalitatea lor;
- vertical - indivizi şcolari şi situaţii şcolare.

CINE realizează cele menționate?

Personalul L.O.S.P. este reprezentat de 4 persoane, psihopedagogi prin formație și avînd atît experiență de activitate didactică curentă cu elevi-problemă cît și contact cu procesul de învățămînt prin obligațiile de catedră actuale; considerăm o sursă importantă faptul desfășurării acestor ore la Liceul Pedagogic, deci, șansa de a interveni activ în pregătirea unei largi categorii de cadre-educatoarele și învățătorii.

Problematica celor aproximativ 1/4 milion, elevi din județ și a celor aproximativ 8.000 cadre didactice și specialiști din școli neputînd a fi acoperite integral de acest personal am recurs la:

a. centrarea activității noastre de orientare-concepție, îndrumare și control (veriga implicației directe atinsă doar în situații limită), urmînd ca, pe nivele să se intervină prin: comisiile de OSP, comisiile diriginților, comitetele de părinți; pînă la educator și părinte; formula prezintă vizibile dezavantaje privind calitatea, continuitatea în timp și consecvența acțiunilor, dar e cea de care dispunem;

b. intensificarea bolaberării cu serviciile specializate ale sectorului sanitar (deși unele paralelisme interne ale structurilor organizaționale se mențin și încă), fapt realizat în condiții destul de apropiate de eficient cu Laboratorul de Sănătate Mintală.

CU CE? - este o relativ complicată problemă, întrucît constrîngerile impuse de elementele anterior menționate ne-au obligat la:

a) restrîngerea utilizării instrumentarului specific psihologic la cazuri și situații extreme;

b) elaborarea unui număr mare de instrumente predominant pedagogice dar care acoperă mai mult elementele informative decît pe cele explicative, etapa unei interpretări corecte și complexe impunînd din nou prezența psihologului în școală;

c) accentuarea, uneori poate privită ca empirică de specialiștii din exterior, pe acțiunea de fundamentare științifică și sistematizare riguroasă a elementelor explorative accesibile masei de educatori - observația, analiza produselor activității etc., strădania noastră încercînd a depăși criteriul randamentului școlar imediat (atît de tentant pentru cadrul didactic) în favoarea perspective formative, a dezvoltării maxime a potențialului, a unei

integrări ulterioare eficiente individului şi societăţii.

A spune CUM realizăm aceste lucrări înseamnă a descrie o strategie care, deşi nu s-a dovedit totdeauna eficace din punct de vedere al individului - elev are cel puţin meritul de a fi făcut tentative de sensibilizare, de orientare pozitivă a factorilor implicaţi. S-a început, pe principiul difuziunii de la acel părinte sau cadru didactic dispus la deschidere,nou, efort şi, de ce să n-o spunem, manevrînd inclusiv pîrghii administrative puse la îndemînă de poziţia de coordonare de care dispunem. Avem în panoplie, contactul direct pe grupe mari, pe microcolective şi individual; categorii de acţiuni legiferate sau iniţiate de noi; structuri organizatorice multiple cu atribuţii implicite sau implicate în domeniu; nivele foarte diverse de intervenţie mergînd pînă la conducere efectivă şi sancţiuni.

CÎND ne propunem să intervenim şi cînd o facem efectiv?

a) ne confruntăm cu o aproape perpetuă stare de diagnostic post-factum şi situaţia de soluţie ameliorativă şi recuperatorie;

b) am reuşit o intervenţie preventivă mai ales la fluxurile de elevi (orizontale pe judeţ, verticale pe şcoală) şi în special în punctele terminale de nivel de învăţămînt;

c) apreciem de asemenea că, cel puţin pe unele unităţi şcolare (didactice sau de persoană) ne-am dovedit eficienţi sub aspectul recomandării unor strategii cu prognostic pozitiv.

Desfăşurate sistematic b) şi c) ar trebui să ne permită eliminarea lui a) dar numai în condiţiile surmontării, sau cel puţin diminuării tuturor restricţiilor menţionate deja sau - generate de situaţiile concrete.

CÎT anume am reuşit? dispunem pentru evaluare de indici direcţi şi indirecţi, cantitativi şi calitativi, majoritatea vizînd elemente legate de planul de şcolarizare şi rezultatele şcolare. Ne interesează însă prioritar indicii de factură psihologică între care calitate vieţii şcolare (din cancelarie şi din clasă), realizarea elevilor. Foarte multe nerealizări derivă,în principal, din aspecte de ordin organizatoric şi evident psihologic: rigidităţi ale structurilor, rigori ale cifrelor, inerţii profesionale,mentalităţi familiale, didactice,umane. O sursă de nerealizare o aflăm şi în problemele generate de deficienţa scăzută a colaborării interne şi externe.

A concluziona despre semnificaţia explorărilor psihologice la nivelul L.O.S.P. înseamnă a menţiona cadrul larg al semnificaţiei umane, şi pe cel specific al semnificaţiei pedagogice, ambele unghiuri de vedere cu directe trimiteri spre experienţa specifică judeţului nostru.

In acest context elementul determinant pentru un efect pozitiv cuprinzător al activităţii L.O.S.P. ni se pare a fi sistemul de colaborare cu instituţiile, organismele, colectivele cu preocupări asupra sănătăţii psihice a copilului.

Bibliografia la autor.

SEMNIFICATIA EXAMENULUI PSIHOLOGIC INTR-O CLINICA DE NEUROCHIRURGIE

VIORICA BAILICENCO, M.RUGU
Institutul de medicină şi farmacie Iaşi

Patologia organică cerebrală impune psihologului sarcini specifice şi o metodologie particulară de lucru, construită pe ideea că o leziune organică cerebrală se exprimă nemijlocit în desfăşurarea proceselor psihice, în raport cu mediul şi mărimea acesteia şi totodată cu gradul suferinţei cerebrale difuze pe care o antrenează (Luria, Penfield).

In acest sens, examenul psihologic are sarcina de a preciza simptomatologia focală, cu valoare semiologică, trebuind să constituie şi în interpretarea clinicianului un argument în plus sau în minus la extinderea ariei explorărilor de specialitate şi a diagnosticului neurochirurgical.

Indiferent dacă apar în leziuni difuze sau relativ circumscrise manifestările psihologice se caracterizează ca entităţi diferite deoarece ele apar într-o anumită formaţie şi cu o anumită intensitate. Desigur, semnele psihologice sînt mai puţin precise - ca valoare localizatorie - în raport cu semnele neurologice, dar o evaluare precisă a acestora poate da indicii asupra localizării ca arie (Al.Lishman).Dintre acestea, cea mai mare valoare localizatorie o au tulburările proceselor cognitive (mai ales cele ale senzorialităţii şi apoi cele intelectuale), iar cea mai mică valoare localizatorie au tulburările emoţionale şi ale personalităţii în general.

De altfel, este ştiut că o disfuncţie cerebrală strict locală este rară, cu excepţia intervenţiilor chirurgicale cu minim cîmp operator şi mai totdeauna se constată un adaos la tulburările focale cele ale zonelor învecinate sau de la distanţă prin sinergia funcţională a structurilor simetrice din celălalt emisfer, prin distorsiuni ale ţesutului cerebral, prin complicaţii vasculare şi infecţioase sau prin "jocul" edemului cerebral.

MATERIAL

Patologia neurochirurgicală la care se recomandă examen psihologic o constituie în primul rînd procesele expansive intracraniene de etiologie diferită (tumorale, infecţioase - abcese,parazitoze, tromboflebite cerebrale), hematoame intra- şi extracere-

brale primare sau secundare prin H.T.A. sau traumatice, apoi în patologia vasculară (malformaţii vasculare, anevrisme sau alte tipuri de suferinţe vasculare regionale sau difuze), în sindroamele focale din neurochirurgia infantilă, în craniostenoze (pentru evaluarea nivelului şi sistemului de recuperare în craniostenozele de diferite tipuri operate) şi în alte tipuri de procese endocraniene ale copilului.

In practica clinică, examenul psihologic se indică în epilepsia la adult, care ascunde cel mai frecvent procese tumorale, în sindroamele de hipertensiune intracraniană (mai ales în cazurile în care examenul neurologic nu relevă un sindrom focal), indiferent de etiologie.

Facem precizarea că psihologul nu se ocupă de aspectele psihiatrice decît prin consemnarea lor sumară şi care atenţionează clinicianul în dirijarea bolnavului către reţeaua psihiatrică, în cazurile în care sînt fie anterioare afecţiunii organice acute, fie secundare acesteia ca răsunet subiectiv, atunci cînd capătă semnificaţie psihiatrică (sindroamele reactive post "agresiune" organică cerebrală.

METODOLOGIA DE LUCRU

Examenul psihologic respectă modalitatea de explorare neurochirurgicală intra - şi supratentorială, evident de elecţie fiind cea supratentorială şi aceasta împărţită pe dihotomia clasică: emisfer drept-emisfer stîng.

Ne vom referi numai la metodologia de lucru pentru simptomatologia focală, care este mai interesantă şi, în acelaşi timp, partea cea mai consistentă din activitatea psihologului. Astfel, examenul neuropsihologic, fiind în esenţă analitic, va investiga eficienţa proprie unor anumiţi analizatori prin utilizarea unor probe (vizuale, auditive, tactile), în vederea obţinerii unui anumit tip de răspuns (verbal, neverbal), folosind stimuli deosebit de variaţi (stimuli sonori, olfactivi, luminoşi, imagini, desene, obiecte, litere, cuvinte, cifre). Fiecare probă presupune supunerea bolnavului unei serii de stimuli în prezentare unică, simultană sau succesivă, pentru a surprinde cît mai multe aspecte asupra nivelului relaţiilor bolnavului cu realitatea înconjurătoare. Incercînd o sintetizare didactică a modificărilor surprinse în patologia organică cerebrală, se poate face următoarea grupare:

- modificări ale proceselor cognitive - senzoriale şi intelectuale, în specificitatea lor în raport cu zona leziunii cerebrale;

- tulburări instrumentale - praxia, gnozia, fazia;

- tulburări ale afectivităţii şi comportamentului, de asemenea în raport cu sediul leziunii.

Majoritatea acestor modificări întîlnite în practica neurochirurgicală nu se bazează şi nu se bucură în literatura de specialitate de probe standardizate. Ele sînt precizate prin aplicarea selectivă a probelor şi formelor de stimulare anterior enumerate, concomitent cu o observaţie atentă asupra modului în care subiectul execută un instructaj ales, şi uneori chiar un răspuns spontan la diferitele forme de stimulare.

Tulburările instrumentale sînt apreciate după fişa de examinare a afaziei, separat apraxiei şi agnoziei, elaborate de Institutul de Neurologie şi Psihiatrie Bucureşti(Kreindler).

Tulburările de afectivitate şi comportament nu pot fi apreciate după probele cu care se lucrează în serviciile de psihiatrie decît în foarte puţine cazuri (Szondi), întrucît nu sînt etalonate pe bolnavi cu leziuni cerebrale.

Acestea sînt evaluate prin specificitatea lor în context cu alte modificări din celelalte două grupe anterior menţionate. Facem precizarea că unele din aceste date se iau şi anamnestic, printr-un interogatoriu special şi particular, de la caz la caz, condus.

Încercăm să facem o prezentare simultană a modificărilor din cele trei grupe, respectînd teritorializarea cerebrală şi plecînd în sens invers, de la explorarea structurilor mai vechi filogenetic şi ontogenetic răspunzătoare şi deci mai elocvente asupra modificărilor senzorialităţii - lobul parietal şi occipital, continuînd cu teritoriile mai noi răspunzătoare de procesele psihice mai elaborate şi cu maximă elaborare (limbaj, afectivitate, intelect)- lobul temporal şi frontal, punctînd totodată modalitatea de lucru practicată de psiholog în serviciul de neurochirurgie al Spitalului Clinic nr. 3 Iaşi.

Prima etapă în examenul neuropsihologic este stabilirea dominanţei cerebrale, după care se trece la examinarea propriu zisă.

Tulburările psihice ale lobului parietal

Considerat de către neurofiziologi ca fiind cel mai vechi, lobul parietal este sediul mecanismelor de convergenţă a informaţiei

de la toate modalităţile senzoriale, afectînd transferul acestora în coduri-imagini corespunzătoare formei senzoriale (în special tactile, auditive, vizuale, proprioceptive - în ordine).În urma leziunilor parietale se produce o creştere a pragurilor discriminative şi, în consecinţă, asistăm la o amorfosinteză senzorială, exprimată prin tulburări ale gnozei acestor forme senzoriale - evaluate după fişa de apreciere a gnozei. Aceste modificări sînt de intensitate diferită, în raport cu mărimea focarului lezional; se examinează separat pentru fiecare mînă, ureche, ochi. Acest defect al primei trepte de cunoaştere se reflectă şi pe planul reprezentărilor, imaginaţiei şi gîndirii, printr-o defectuoasă spaţializare a obiectelor, verificată prin probele de desen, în care se urmăreşte caracteristica spaţială a acestora (sus-jos, dreapta-stînga, ordonarea, proporţionalitatea, simetria).Mai frecvent,în leziunile parietale (în special în cele drepte) se întîlneşte dificultatea de orientare în spaţiul concret, familiar, incapacitatea de învăţare a unei structuri spaţiale noi, a unui traseu nou (date luate din anamneză).

In leziunile parietale stîngi întîlnim frecvent discalculia scrisă, de o anumită configuraţie.In cazurile în care leziunea se întinde către temporal, găsim afazia semantică, exprimată în esenţă prin disocierea între imagine şi cuvînt.

Tulburările psihice ale lobului occipital

Fiind sediul prelucrării şi integrării informaţiei vizuale, leziunile occipitale dau modificări ale cîmpului vizual,lesne de evidenţiat de examenul neuropsihologic şi independent de examenul campimetric - prin probe speciale de desen, în care găsim reprezentări amalgamate de un anumit tip, ce reflectă alterarea structuralităţii percepţiei. Alături de acestea găsim frecvent discromatopsiile, concretizate în dificultăţi de percepţie a culorilor, tentelor, confuzii între culori, percepţii microme sau acrome.

Tipică pentru leziunile occipitale stîngi extinse către temporal se întîlneşte agnozia scrisului (bolnavul recunoaşte separat literele,dar nu poate citi cuvîntul întreg). In leziunile occipitale drepte se întîlnesc metamorfopsiile (cu mare valoare localizatorie), asemănătoare cu iluziile, dintre care cele mai frecvente macropsiile, micropsiile, imagini în oglindă sau în oglindă deformată, estomparea contururilor, fragmentarea imagi-

niler, tulburări în percepţia mişcării obiectelor în spaţiu (teleopsia, pelopsia, alcestezia optică, poliopsia), date evaluate prin probe de redare a obiectelor într-o anumită formaţie şi cu anumite caracteristici sau anamnestic, întrucît cel mai adesea acestea se manifestă intermitent, cu caracter paroxistic.

Tulburări ale lobului temporal

Lobul temporal este sediul prelucrării informaţiilor auditive şi al stocării limbajului şi în care lateralitatea se conturează mai clar.

Capitolul cel mai consistent din patologia lobului temporal este afazia, cu netă valoare localizatorie temporo-frontală stîngă, în cazurile de lateralitate dextrogiră şi echivalentă semiologic cu un simptom neurologic.Afazia îmbracă formule diferite,în raport cu predominanţa unei forme sau alta de limbaj alterat, de la aspectul motor, fonematic, cursivităţii vorbirii, pînă la cel lingvistic,semantic, concomitenţa tulburărilor de limbaj la nivelul funcţiilor expressive şi receptive.Această formulă este extrem de variabilă de la un subiect la altul, în raport de sediul leziunii.Trebuie să precizăm că în practică nu găsim forme pure de afazie- afazie Wernicke (T stg) şi afazia Broca (F stg), ci totdeauna forme mixte, cu o predominanţă sau alta.

In patologia acută cranio-cerebrală, tulburarea afazică este variabilă; sarcina psihologului este de a urmări evoluţia sa fazică (în sensul progresiei şi regresiei acestui defect instrumental) astfel că aceste informaţii devin un fapt clinic deosebit de util în conduita clinicianului şi, uneori, singurul indiciu al unei leziuni cerebrale sau al unei complicaţii ulterioare.Nu detaliem acest capitol, întrucît nu intenţionăm a prezenta în minutio tehnicile de lucru care, oricum, ar fi esenţial trunchiate într-o astfel de lucrare informativă.

Intenţionăm, însă, a preciza o cale de diferenţiere în ceea ce priveşte lateralizarea dreapta-stînga,prin scorurile obţinute în discriminarea stimulilor vizuali.Plecînd de la ideea că temporalul stîng este specializat în prelucrarea imaginilor cu conţinut uzual, iar cel drept al celor cu conţinut neuzual (fără sens) şi aplicînd proba"figura complexă" Rey, obţinem date precise în acest scop,prin evaluarea calităţii execuţiei prin copiere şi apoi prin memorizare. Dificultăţile de analiză şi sinteză perceptivă a elementelor figurative sînt net inegale între cele două hemicîmpuri

perceptive,hemicîmpul stîng fiind flagrant incorect,lacunar,necoordonat,neintegrat în ansamblul figurii, iar în cazurile cu leziuni extinse asistăm la un eşec total, pînă la incapacitatea subiectului de a-şi elabora un plan de abord al desenului prezentat.Folosim datele acestei probe cu mare valoare semiologică, verificată în practică, mai ales atunci cînd examenul neurologic nu menţionează nici un semn obiectiv.

Amintim sumar că şi leziunile temporale pot prezenta tulburări ale sensibilităţii primare, de tipul agnoziei auditive,pînă la surditate psihică (în leziunile bilaterale).

Un alt capitol de asemenea consistent şi specific activităţii psihologului îl constituie explorarea funcţiei mnezice, a cărei diminuare este atît de frecvent acuzată de către bolnavul cerebral. In practica noastră evaluăm memoria recentă şi imediată (care aduce informaţii şi asupra eventualelor extinderi lezionale către frontal, pe care îl anticipăm parţial), folosind proba memorie cuvinte Rey, cu povestirea corespunzătoare, proba Barbizet, proba 2e+2e (din grupul probelor neverbale), ale căror curbe de achiziţie au caracteristici specifice pentru organicitatea cerebrală.

Un alt grup de tulburări întîlnite în leziunile temporale sînt cele ale motivaţiei şi afectivităţii, care nu diferă semnificativ de cele frontale şi capătă valoare localizatorie dacă sînt însoţite de altele specifice şi de anumite tulburări instinctuale (alimentare şi sexuale).

Tulburări ale lobului frontal

Lobul frontal este cel mai nou ento- şi filogenetic, cu structuri specializate în integrarea şi comanda activităţii voluntare şi a gîndirii categoriale, fiind astfel răspunzător de sinteza psihică superioară.

In leziunile frontale găsim tulburările de praxie care,ca şi fazia şi gnozia, îmbracă şi formule directe în alterarea mişcărilor voluntare din activităţile instrumentale şi asupra cărora, de asemenea, nu putem insista.

Leziunile frontale se exprimă intens şi semnificativ în mari deficite ale gîndirii categoriale, prin reducerea acesteia la un nivel concret-intuitiv.Gîndirea este lacunară, incoerentă,necritică, sînt pierdute sensurile proverbelor, nu pot fi depistate absurdităţile în judecăţi, nu pot fi elaborate predicţii.Evaluarea Q.I.

la proba W.A.I.S.indică valori mari.

Tulburările din sfera afectiv-motivațională se traduc printr-o îngustare a registrului trăirilor, printr-un adevărat regres al vieții afective; comportamentele primare apar, cu perseverări și stereotipii specifice, conduitele bolnavului devin nespecifice,nedirecționate, neelaborate. Cel mai frecvent se produce deplasarea către polul pozitiv, cu stări euforice, tendințe moria,uneori chiar un sindrom hipomaniacal. Bolnavului îi lipsește coordonata viitorului, nu planifică acțiuni, nu are inițiativă și perspectivă (elemente parțial comune și cu patologia psihiatrică, dar cu o specificitate aparte - deși în literatură se menționează tulburări psihiatrice în cazul tumorilor frontale).Acest grup de tulburări sînt mai puțin specifice în raport cu lateralizarea dreapta-stînga, ca și tulburările praxiei (în afara celor numai pentru cîte o mînă,care sînt foarte rare), prin probabilitatea de sinergie funcțională a celor doi lobi frontali.

CONCLUZII

In prezenta lucrare am relatat succint metodologia de lucru a psihologului vis-à-vis de simptomatolàgia fecală din patologia organică cerebrală, fără a acoperi întreaga arie a posibilelor modificări de acest tip. Am prezentat doar cele mai frecvent întîlnite tulburări și maniera de lucru pentru contribuția psihologului în ceea ce privește lateralitatea și aria explorărilor neurochirurgicale în asistența de specialitate a bolnavilor cu injurii craniocerebrale și, fără a acoperi în același timp alte capitole ale activității psihologului din serviciul de neurochirurgie referitoare la aspectele medico-sociale ale bolnavilor cu afecțiuni neurochirurgicale, la activitatea de recuperare a defectului restant(din ce în ce mai restrîns, de altfel, în ultimul timp) și alte sancțiuni psihologice ce-i sînt cerute psihologului în varietatea patologiei cu care se adresează bolnavii serviciului nostru.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Arseni C., 19 - Tratat de neurologie, Editura Medicală,București.

2.Arseni C.,Golu M.,Dănăilă I.,1983-Psihoneurologie,Editura Academiei R.S.R,București.

3.Botez M.,Sen Alexandru, Dobrotă I,1971-Elemente de neuropsihologie,Editura Stiințifică,București.

4.Roșca Mariana,1975 - Manual de psihodiagnostic(uz intern),Universitatea Babeș-Bolyai,Cluj-Napoca.

5.Rusu M.,1981-Explorarea clinică în neurochir.Editura Junimea,Iași

RECUPERAREA BOLNAVULUI AFAZIC, REZULTATE ŞI DIFICULTĂŢI

RODICA HAGIU, TUTA DRAGAN
Spitalul clinic de recuperare Iaşi

In tabloul tulburărilor de verbire întîlnite la adulţi, afazia ocupă un loc aparte, manifestîndu-se prin tulburări expresive şi receptive dobîndite, ale limbajului logic verbit şi scris, produse de leziuni cerebrale în hemisferul dominant.

Identificată de aproximativ 1 secol şi jumătate (MARC DAX 1936) afazia şi-a găsit sporadic cîţiva iniţiatori de tratament specific, în persoana lui C.MILLS 188o, M.FROMENT în 1913 şi 1921 şi T.ALAJOUANINE în 1939. Cel de al doilea război mondial prin nenumăratele sale plăgi craniocerebrale la adulţii tineri, a impus necesitatea creerii unui centru de reeducare a bolnavilor cu astfel de tulburări. Iniţial privit cu destulă circumspecţie, folosul acester centre a creat aspre controverse, dar studiile comparative rugurease ale unor loturi de bolnavi de un mare grad de similitudine, în care unora li s-au aplicat metode de recuperare şi altora nu, au putut impune concluzia, în deceniul anilor 7o a certei utilităţi a activităţii de recuperare pentru afazici.

Recuperarea în afazie este o acţiune complexă de lungă durată, uneori foarte solicitantă, pentru bolnav. Adesea afazia se asociază cu apraxia bucolinguală, tulburare de integrare motorie care atinge nu numai verbirea ci toate mişcările gurii şi feţei şi care complică mult recuperarea. In aceste condiţii apare obligatorie pentru recuperator necesitatea evaluării şanselor bolnavului ce trebuie recuperat în strînsă cooperare cu medicul neurolog. Recuperarea terapeutică sistematică a bolnavului afazic îşi dovedeşte pe deplin eficacitatea evîndu-se în vedere marea importanţă socio-profesională a acesteia, limbajul constituind actul fundamental de legitimare a omului şi de situare a sa pe scara evoluţiei şi progresului materiei vii.

Rezultatele în recuperare depind de numeroşi factori dintre care amintim: momentul începerii tratamentului, punctul de plecare (forma şi gravitatea bolii), metodele aplicate, durata tratamentului, factorul individual şi socio-familial. (2,3,5,14,19,28). In lucrarea de faţă ne-am propus să prezentăm rezultatele şi dificultăţile în recuperarea unui număr de 734 afazici internaţi în Clinica

de Neurologie-Recuperare şi Secţia Exterioară ale Spitalului clinic de recuperare Iaşi în perioada 1.XI.1985-1.XI.1987. Pentru analiza activităţii afaziologice prestate s-a avut în vedere forma clinică de afazie, vechimea ei, vîrsta,sexul şi studiile subiecţilor.Eficacitatea recuperării s-a apreciat prin media de progres exprimată în procente faţă de valoarea performanţei iniţiale.

Rezultate obţinute

In perioada analizată s-a acordat asistenţă afaziologică unui număr de 734 afazici care au prezentat următoarele tipuri de tulburări afazice:

Tabel 1.

Tipurile de afazie ale bolnavilor internaţi în perioada 1.XI.1985-1.XI.1987.

Tipuri de afazie	Nr.	%
Afazie predominent expresivă (tip Broca)	39o	53,2
Afazie predominent receptivă (tip Wernicke)	6o	8,2
Afazii mixte	284	38,6
TOTAL	734	1oo,oo

Tulburările afazice au apărut ca urmare a unor afecţiuni neurologice din care, în marea lor majoritate au fost reprezentate de accidente cerebrale vasculare (718-97,9%), tromboze embolii,hemoragii cerebrale, hematoame intracerebrale operate, malformaţii cerebrale vasculare, dar şi abcese cerebrale operate (3 cazuri),traumatisme cranio-cerebrale (8 cazuri), tumori cerebrale (5 cazuri) din care 2 operate). In 16 cazuri (2,1% tulburările afazice au însoţit o hemipareză stg. Dintre bolnavii internaţi cu tulburări afazice 436 (59,3 %) au provenit din mediul urban, restul de 298 (4o,7%) din cel rural. Din cei 734 de subiecţi,462 (62,9%) au fost bărbaţi,iar restul de 272 (37,1%) fiind femei.

Nu am constatat deosebiri între posibilităţile de recuperare a vorbirii la bărbaţi şi la femei, deşi femeile cu studii elementare nu au mai prezentat acelaşi interes atunci cînd au realizat o comunicare satisfăcătoare, care să le permită exercitarea treburilor casnice. Din acest moment, nu au mai făcut eforturi pentru perfecţionarea vorbirii,lexiei şi grafiei.

Dimpotrivă, bărbaţii pînă la 6o ani manifestă interes deosebit

pentru toate formele de recuperare, motivat de dorinţa lor de a-şi relua activitatea profesională, pe lîngă dorinţa integrării familiale şi sociale.

Decada de vîrstă cea mai frecvent afectată a fost cea cuprinsă între 51-6o de ani reprezentată de 294 cazuri, ce reprezintă un procent de 4o%, cum se poate constata din tabelul nr.2.

Tabel nr.2

Influenţa vîrstei asupra recuperării afaziei.

DECADA DE VIRSTA	NR.BOLNAVI	%	MEDIA DE PROGRES %
0 - 1o ani	8	1,o9	85
11 - 2o ani	7	o,91	35,2
21 - 3o ani	25	3,4	16,3
31 - 4o ani	83	11,3	25,6
41 - 5o ani	116	15,8	22
51 - 6o ani	294	4o	18,2
61 - 7o ani	159	21,6	21,7
71 - 8o ani	42	5,9	1o,36

Media de progres cea mai mare 85% şi 35,2% s-a obţinut la subiecţii în vîrstă pînă la 2o ani. Aceste rezultate se pot pune în legătură cu reversibilitatea leziunilor care au atins neuronii zonei limbajului precum şi cu plasticitatea cerebrală a vîrstei tinere, care fac posibilă preluarea funcţiilor limbajului de către hemisferul cerebral neafectat (19,27).

Rezultatele noastre confirmă aceste aspecte.Pentru exemplificare dăm cazul lui S.G.M de 3 ani cu traumatism cranio-cerebral operat şi afazie globală internat la Secţia Manta Roşie care,începînd tratamentul din a 3-a săptămînă de la operaţie, pe parcursul unei internări a atins nivelul de comunicare 95%.Rezultatele raportate la vîrstă depind nu atît de aceasta cît de ceilalţi factori care intervin în procesul recuperării, factorii individuali şi socio-profesionali fiind preponderenţi.

Făcînd o corelaţie între media de progres şi studiile subiecţilor, se constată că acest factor nu este hotărîtor,nivelul cunoştinţelor fiind un factor adjuvant al recuperatorului. Acesta poate alege şi folosi metode adecvate capacităţii intelectuale şi gradului de cooperare a subiectului. S-a observat interesul crescut al subiecţilor cu studii superioare şi medii,iar media de progres

uneori la aceştia faţă de alte categorii de studii se explică prin valoarea crescută a performanţei iniţiale.

Tabel nr.3

Influenţa studiilor asupra recuperării afazicilor.

STUDII	NR.BOLNAVI	%	MEDIE PROGRES	%
Fără studii	35	4,7	18,3	
E_1	217	29,7	17,5	
E_2	287	39,1	21,7	
M	122	16,8	23	
S	73	9,7	2o,11	

Vechimea afecţiunii influenţează rezultatele recuperării după cum urmează:

Tabel nr.4

Influenţa vechimii afecţiunii în recuperarea afazicilor

VECHIMEA AFECTIUNII	Nr.BOLNAVI	%	MEDIE PROGRES %
o - 3 luni	151	2o,5	35,1
3 - 6 luni	112	15,2	23,6
6 -12 luni	179	24,3	2o,4
1 - 2 ani	233	31,8	16,8
Peste 2 ani	59	8,2	15,7

Se observă rezultate superioare în primele trei luni cînd recuperarea sistematică este însoţită şi de o recuperare spontană, mai ales la vasculari, aşa cum de altfel se afirmă şi în literatura de specialitate (4,7,17,28). In cazurile de traumatisme cranio-cerebrale, recuperarea spontană intervine în perioada 3-6 luni (28-3o).

Se constată rezultate favorabile şi la subiecţii cu o vechime mai mare de 6 luni a afecţiunii, dar dependent şi de tipul şi intensitatea afaziei.

Enunţarea singulară a mediei de progres nu este elocventă în aprecierea recuperării limbajului. Se cunoaşte faptul că bolnavii mai grav afectaţi, fac progrese relative mai mari deşi rămîn la sfîrşit cu nivel inferior celor cu afazii mai uşoare (24,28).

In tabelul nr.5 prezentăm valorile performanţelor iniţiale, finale şi media de progres a subiecţilor trataţi:

Tabel nr.5

Influenţa performanţei iniţiale asupra recuperării afaziei.

Nr.BOLNAVI	PERFORMANTA INITIALA %	PERFORMANTA FINALA %	MEDIE PROGRES %
143	0 - 2o	31,11	28,59
71	21 - 4o	58,91	27,32
154	41 - 6o	71,66	2o,56
233	61 - 8o	81,62	14,79
133	peste 8o	94,23	8,52

Din tabel rezultă cu claritate că media de progres scade odată cu creşterea valorii performanţei iniţiale, fiind cea mai mică la subiecţii cu performanţa iniţială peste 8o%.

Folosind criteriile de apreciere a gradului de comunicare folosite de I.Voinescu (1978), rezultatele recuperării afaziciler trataţi de noi se prezintă astfel:

Tabel nr.6

AFAZICI TRATATI NR.	%	VALOAREA PERFORMANTEI FINALE %	GRADUL DE COMUNICARE
143	19,5	sub 35	comunicare foarte slabă numai în familie
-	-	36 -5o	comunicare slabă
225	3o,6	51- 75	comunicare medie
133	18,2	peste 9o	comunicare f.bună
233	31,7	75- 9o	comunicare bună

Cei 591 de bolnavi reprezentînd 8o,5% din nr. bolnavilor afazici care au necesitat tratament ortofonic, au cîştigat la sfîrşitul tratamentului o comunicare medie, bună şi foarte bună şi se pot integra în mediul familial şi social, restul de 143 (19,5%) au rămas cu o comunicare foarte slabă, integrîndu-se cu greutate doar în mediu familial.

Dintre aceştia la 24 de subiecţi care prezentau afazia globală terminată de leziuni vasculare intense cu distrugeri ireversibile a unei mari părţi a neuronilor, media de progres a oscilat între 12-15%.

Mediul familial necorespunzător a determinat pierderea acumulăriler de limbaj, subiecţii prezentînd la internări performanţa 0.

Medii de progres reduse 12,15% -15,17% s-au obţinut la subiecţii la care afazia a fost asociată cu sindrom pseudobulbar (46 cazuri).

Influenţe negative în procesul de recuperare le-au avut şi unele tipuri de tulburări afazice vechi.La 5 subiecţi cu puternică stereotipie verbală nesemantică mai veche de trei luni recuperarea a fost imposibilă.De asemenea rezultate nesatisfăcătoare s-au obţinut în trei cazuri care prezentau o mare jargonofazie (cu tulburăeile respective) luate în recuperare după 6 luni.

Simptomele asociate bolii de bază reduc posibilităţile de recuperare. Astfel, crizele comiţiale (la 21 de subiecţi) ca şi tulburările psihice(la 2 subiecţi) cît şi existenţa hemiplegiei grave au produs diminuarea recuperării limbajului cît şi îngreunarea muncii de recuperare.

Menţionăm şi un caz de afazie receptivă asociată cu etilism cronic(bolnavul S.G. de 5o ani) la care nu s-au obţinut rezultate, bolnavul fiind un alcoolic cu tulburări comportamentale.In restul cazurilor, rezultatele au fost modeste datorită lipsei de cooperare a subiecţilor trataţi.

Rezultatele noastre sînt în concordanţă cu datele din literatura de specialitate care consemnează ca impedimente în munca de recuperare: gravitatea şi evoluţia bolii de bază, prezenţa simptomelor asociate şi apariţia complicaţiilor,forma,intensitatea şi vechimea afaziei,particularităţile psihice ale subiecţilor,nivelul educaţional şi mediul familial (25,26,28,3o).

CONCLUZII

1.Din 734 de afazici supuşi tratamentului sistematic recuperator, s-au obţinut rezultate medii,bune şi foarte bune la un număr de 591 (8o,5%).Aceşti bolnavi s-au putut integra mulţumitor în mediul familial şi social.

2. La 143 bolnavi afazici (19,5%) rezultatele au fost slabe datorită factorilor obiectivi care intervin în munca de recuperare.

3. Din cei 734 de afazici 462(62,9%) au fost bărbaţi,iar restul de 272 (37,1%)femei. Nu s-au constatat deosebiri între posibilităţile de recuperare a vorbirii la bărbaţi şi la femei.

4.Vîrsta influenţează recuperarea afaziculuI. Cu cît un bolnav este mai tînăr, cu atît posibilităţile de recuperare sînt mai bune,dar ţinînd seama bineînţeles de evoluţia bolii de bază.

5.Studiile nu constituie un factor hotărîtor în recuperare,ele fiind doar un adjuvant al recuperatorului.

6.Vechimea tulburărilor afazice este un factor foarte important.Dificultăţile de recuperare cresc în proporţie directă cu vechimea

afaziei.

7.Leziunile vasculare întinse, gravitatea şi evoluţia bolii de bază prezenţa simptomelor asociate şi apariţia complicaţiilor,influenţează negativ recuperarea afaziculuí.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.ALAJOUNINE TH,-MOZZICONACCI P.- L'aphasie et la désintégration fentionnelle du langage, Edit.E.S.P. Paris;1974.

2.ALAJOUNINE Th.Lhermitte,Fr.:- Les troubles des activité expressives du langage dans l'aphasie; leur relation avec l'apraxie, néurol.(Paris) 196e,1o2,6.

3.Alajeunine Th. L'aphasie et le langage pathologique, Edit.Masson et Cie,Paris,1968.

4.Basso A., Faglieni P., and Vignolo,A.L.- Étude controleé de la rééducation du langage dans L'aphasie: comparaison entre aphasique traités et non-traités .Rev.Neurol. (Paris),1975,131:6e7-614.

5.Basso, Anna.Ph.D.Ermine,C.Luigi, M.,Vignolo A.: Influence of rehabilitation on language skills in aphasie patients. Arch.Neurol.1979,36: 19e-196.

6.Bein,E.S. - Afazia i puti i preodolenie, Edit.Medghiz,Mescova 1965.

7.Beyn, E.S., and Shekhor-Tretskaya,M.K.:The preventive method of speech rehabilitation in aphasia.Cortex 1966;2:96-1o8 1966.

8.Calavrezzo C.- Metode şi procedee pentru cercetarea disgrafiei şi a dislexiei,în Tulburările limbajului scris(sub red. C.Păunescu) EDP,1967.

9.Carrell, B.J.- Limbaj şi gîndire, Edit.Didactică şi Pedagogică, 1979.

1o.Dumitrescu A.- Unele probleme teoretice legate de diagnosticarea logopaţiilor în Rev.psih.1965,2.

11.Darley L.F.- Aphasia W.B. Saunders Comany- Philadelhia 1982.

12.Galaburda,A.M. Geschwins,N.- The guman language areas and Cerebral asymetries,Rev.Med.Suisse Romande,1978)X ,1oo: 119-128.

13.Goodglass H.Kaplan,E.: The assessment of aphasia and related Disorders, W.B. Saunders, Philadelhia 1972.

14.Hecaen H.,Angelergues R.- Pathologie di- langage:l'aphasie, Larousse,1965.

15.Kreindler A.,Fradis A.- Afazia-Ed.Acad.RSR Bucureşti 197o.
16.Kreindler A.and Fradis A.- Performances in Aphasia A. Neurodynamical,Diagnostic and Psychological Study,Edit. Gauthier-Villars,Paris,1968.
Kreindler A - Dinamica proceselor cerebrale,încercare de sinteză dialectică.Ed.Acad.RSR.1967.
17.Kenedy R. Carr T.-Reabilitarea vorbirii-2 vol.(tr.Centrul de documentare medicală).
18.Luria A.R.- Traumaticeskaia Afaziia,Edit.Medghiz.Moscova,1969.
19.Lecours,AR.et Lhermitte,F.: L'aphasia,Edit.Les presses de l'univ. de Montreal 198o.
2o.Păunescu C. - Tulburările limbajului scris-Edit.Didactică şi Pedagogică,1967.
21.Păunescu C. - Intreducere în logopedie vol.I.Edit.Didactică şi Pedagogică,1977.
22.Sarno-Tayler M.-Aphasia.Selected Readings.University Press New York 1974.
23.Sarno,M.T, Silverman M,and Levita,E.- Psychesocial facters and recovery in geriatrie patients with severe aphasia J.Am Geriatr.Soc.1979,18:4o5-4o9.
24.Sarno M.T. and Levita.E - Natural course of recovery in severe aphasia.Arch Phys.Med.Rehabil.1971,52:175-178 1971
25.Sands, E.Sarno M.T - Long-term assessment of language function and Shankweiler,D. in aphasia due to stroke.Arch.Phys.Med. Rehabil.5o: 2o2-2o6,222,1969.
26.Tisset A. - Rééducation de l'aphasique adulte Massen,198o
27.Tenkiewicz,C.F.S -Aphasie chez l'enfant.Rev.neuropsychiat.infant 1964,12.
28.Voinescu I. Gheorghiţa N.,- Metodologia recuperării verbirii la afazici.Acad.de Stiinţe medicale.Institutul de Neurologie şi psihiatrie Bucureşti 1978.
29.Voinescu I. - Agnozii,apraxii, afazii (Tratat de Neurologie sub red.C.Arseni - cap.XII).Ed.Medicală Bucureşti 198o.
3o. Wepman,J.M. - Aphasia Therapy: a new look.J.Speech Hearing Disord.1978,37: 2o3-214,1972.

REFLECTAREA SIMPTOMATOLOGIEI NEVROTICE IN CHESTIONARELE WOODWORTH-MATHEWS SI "PERSONALITATI ACCENTUATE

T.PIROZYNSKI, MAGDA LUCHIAN, N.COSMOVICI,
V.CHIRITA, P.BOISTEANU
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

In psihologia clinică, metoda chestionarelor reprezintă una din cele mai usitate şi eficiente căi de obţinere a unor date semnificative despre aspectele psihopatologice ale persoanei aflate în situaţia de boală, sau despre tendinţele accentuate ale personalităţii premorbide.

Alegerea unui anumit chestionar în examinarea psihologică a unui pacient, depinde de mai mulţi factori obiectivi şi subiectivi.

Plecînd de la reperul clinic, diagnosticul de nevroză, am folosit pentru această lucrare chestionarele Woodworth-Mathews şi "Personalităţi accentuate", care ni s-au părut a fi cele mai relevante în stabilirea unor echivalenţe psihologice ale suferinţei nevroticului.

In nevroze suferinţa fiind în principal subiectivă, simptomatologia se desprinde cu uşurinţă din corelarea celor două chestionare, cu rezerva, în ceea ce priveşte aprecierea cantitativă, strict psihometrică, a gradului de intensitate al simptomelor, nevroticul fiind înclinat să-şi exagereze acuzele (caracterul de psihogenie al bolii).

De asemeni, un alt argument pentru utilizarea chestionarelor în nevroze, îl reprezintă faptul că simptomatologia subiectivă a pacientului investigat se proiectează aproape integral în conştiinţă, concretizîndu-se cu destulă uşurinţă, în răspunsurile la întrebări.

Din punct de vedere clinic, definitorii pentru diagnosticul de nevroză sînt următoarele trăsături: anxietate, iritabilitate şi tulburări ale principalelor funcţii fiziologice (disconfort somatic). Acestor elemente comune, li se adaugă simptome specifice fiecărui sindrom nevrotic: astenic, fobic, obsesiv, hipocondriac, isteric.

Chestionarul Woodworth-Mathews cuprinde un număr de 76 itemi, la care se răspunde prin "da" sau "nu" şi care investighează prezenţa sau absenţa unei reactivităţi psihologice accentuate, şi riscul adaptativ al personalităţii cu o anumită încărcătură psihopatologică.

Chestionarul pune în evidenţă opt tendinţe: emotivitate, obsesii-psihastenie, tendinţe schizoide, tendinţe paranoide, depresie-ipohondrie, impulsivitate, instabilitate psihică şi tendinţe antisociale.

Chestionarul "Personalităţi accentuate" a fost elaborat în conformitate cu conceptul de "personalitate accentuată" al neuropsihiatrului Karl Leonhard.

Chestionarul cuprinde 88 de itemi, formînd 10 grupe, fiecare grupă urmărind explorarea unor trăsături accentuate: demonstrativitate, hiperexactitatea, hiperperseverenţa, nestăpînirea, hipertimia, distimia, ciclotimia, exaltarea, anxietatea, emotivitatea, obsesii-psihastenie, tendinţe schizoide, tendinţe paranoide, depresie-ipohendrie, impulsivitate, instabilitate psihică şi tendinţe antisociale.

Chestionarul "Personalităţi accentuate" a fost elaborat în conformitate cu conceptul de "personalitate accentuată" al neuropsihiatrului Karl Leonhard.

Chestionarul cuprinde 88 de itemi, formînd 10 grupe, fiecare grupă urmărind explorarea unor trăsături accentuate: demonstrativitatea, hiperexactitatea, hiperperseverenţa, nestăpînirea, hipertimia, distimia, ciclotimia, exaltarea, anxietatea, emotivitatea.

Am aplicat cele două probe unui număr de 30 de subiecţi diagnosticaţi ca nevrotici, indiferent de entităţile nozologice ale conceptului de nevroză.

Din cele 30 de cazuri studiate, am deprins următoarele date:

- la chestionarul Woodwerth-Mathews au totalizat un punctaj de peste 180 (echivalent cu tendinţe puternic accentuate şi patologice)- 21 subiecţi la tendinţe depresiv-ipohondrice;
- 17 subiecţi la tendinţe impulsive;
- 15 subiecţi la emotivitate;

Observăm o identificare a simptomatologiei clinice menţionate ca fiind definitorie pentru diagnosticul de nevroză şi tendinţele reactivităţii psihologice reliefate de chestionar. Tendinţele depresiv-ipohondrice traduc disconfortul somatic, printr-o încordare psihică, dispoziţie tristă, deprimare legate de credinţa în seriozitate şi gravitatea bolii.

Tendinţele impulsive, iritabilitatea observată clinic şi reclamată de pacient, se manifestă prin acţiuni în care predomină afectul, mai puţin inhibate de raţiune, lipsite de control inhibitor.

Emotivitatea semnifică schimbarea bruscă şi nemotivată a dispoziţiei, accentuată excitare afectivă, deseori fără motiv, vibrare anormală la solicitările afective, chiar cele minime.

Deoarece itemii din care se desprinde această trăsătură se referă în mare măsură la diverse "frici" (de întuneric, de apă, de furtună, etc .), fobii, putem corela emotivitatea cu anxietatea.

La chestionarul "Personalităţi accentuate" am considerat semnificative trăsăturile care au obţinut procentaje de peste 5o%. Astfel:

- 23 subiecţi au prezentat emotivitate;
- 21 subiecţi-exaltare;
- 21 subiecţi-ciclotimie;
- 19 subiecţi-hiperexactitate;
- 19 subiecţi-hiperperseverenţă;
- 18 subiecţi-nestăpînire.

Corelînd rezultatele obţinute la cele două chestionare, sesizăm că reactivitatea emoţională accentuată reprezintă una din trăsăturile personalităţii premorbide ale nevroticilor şi totodată un simpton prezent în orice sindrom nevrotic, sub forma exacebrată a anxietăţii. Aceste persoane se caracterizează prin reacţii cu un prag scăzut de declanşare; trăirea evenimentelor se face mai intens; eşecul, neîmplinirea şi frustrarea succed oricărei situaţii psihotraumatizante.

"Fenomenologia eşecului, a neîmplinirii şi frustrării, ni se oferă ca cea mai sigură, sensibilă şi cuprinzătoare metodă de identificare a suferinţei nevrotice". 8)

De asemeni, am observat că depresia înveşmîntează foarte frecvent orice formă de nevroză. Ea nu este însă corelată cu o distimie premorbidă, ci doar cu predispoziţia emotivului la depresii reactive.

Vom urmări în continuare celelalte trăsături accentuate de personalitate care pot, în anumite condiţii, să genereze decompensări nevrotice.

- Exaltarea-temperamentul exaltat prezintă o vădită înrudire cu cel emotiv. Şi această accentuare se caracterizează prin reacţii mult mai intense; exaltarea îi poate face pe oameni să se emoţioneze pînă la extaz sau disperare.
- Ciclotimia-oscilaţiile de la un pol la celălalt (manie-depresie) pot fi date fie de evenimentele petrecute în viaţa personală, fie de atmosfera generală a mediului înconjurător.

- Hiperexactitatea- luarea hotărîrilor devenind o problemă; teamă care face ca o primejdie minimă să apară ca amenințătoare, frică pe care o consideră neîntemeiată dar nu o poate respinge; preocupări permanente, obsesive pentru ca lucrările să fie "bine făcute". Hiperexactitatea, cînd se manifestă sub forma unei griji exagerate pentru propria persoană, poate fi originea unei dezvoltări hipocondrice.

-Hiperperseverența-specificul firii hiperperseverențe se manifestă întotdeauna atunci cînd sînt atinse interesele personale (intoleranța accentuată la frustrație), prin susceptibilitate, atitudine bănuitoare, idei prevalente, idei fixe obsesive, ambiție exagerată.

- Nestăpînirea-iritabilitate, tensiune afectivă stăpînită în greutate, insuficient cenzurată.

Desigur, investigația psihologică a nevrozelor cu trebuie să se oprească la evidențierea simptomatologiei subiect-obiective, ci trebuie să penetreze straturile mai profunde ale subconștientului și inconștientului unde există posibilitatea dezlegării enigmelor motivației și motivelor care pun în mișcare fenomenele psihice. Această determinare internă și subiectivă trebuie corelată cu trăsăturile accentuate de personalitate, cu modul specific de reactivitate psihologică al fiecărei personalități și cu trăsăturile definitorii, comune ale simptomatologiei nevrotice.

Numai printr-o înțelegere globală, fenomenologic-motivațională, putem ajunge la o comprehensiune empatică a suferindului și a suferinței sale - condiție sine qua non pentru reușita oricărei psihoterapii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Angheluță V., St.Nica Udangiu, Lidia Nica Udangiu: Psihiatrie preventivă, Ed.Medicală, București, 1986.
2. Athanasiu A.: Elemente de psihologie medicală, Ed.Medicală, București, 1983.
3. Ey H.: Conștiința, Ed.științifică și enciclopedică, București, 1983.
4. Gorgos C.: Vademecum în psihiatrie, Ed.Medicală, București, 1985.

5.Leonhard K.: Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură, Ed.ştiinţifică şi enciclopedică,Bucureşti,1979.
6.Luchian Magda, Cosmovici N., Popa Lidia, Chiriţă V.: Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic (sub red.Pirozynski T.),Iaşi,1987,pp.123-128.
7.Pages M.: Bulectin de psychologie, Paris,1987,pp.111
8.Pamfil Ed., Ogodescu D.: Nevrozele, Ed.Facla,1974.
9.Pirozynski T., Luchian Magda, Cosmovici N, Chiriţă V.,Beiştean P.: Rev.Med.Chir. 1987, nr.2,pp.239-245
10.Popescu Neveanu P.: Dicţionar de psihologie, Ed.Albatros,Bucureşti,1978.
11. Rudică T.: Niveluri ale conduitei umane.Edit.Junimea,Iaşi, 1984.

CONSIDERATII PSIHOTERAPEUTICE PE BAZA TEHNICILOR DE RELAXARE INTR-O FORMA PRESCURTATA IN CLINICA MEDICALA

CARMEN LOVINESCU, M.BALAN, RODICA IORGA, D.GRADINARU

Spitalul CFR Iasi

Luînd ca punct de plecare treapta superioară a universului-psihismul uman - psihoterapiei îi revin dificila sarcină de a interveni prin mijloace psihice, asupra dezordinilor emoţionale ce pot stăpîni şi influenţa negativ, secvenţial, parţial sau total, starea de echilibru, de consonanţă spre care trebuie să tindă sufletul şi trupul, deci fiinţa umană în existenţa sa.

Concepţia odoblejiană consideră mecanismul terapeutic în mare parte, psihic şi general. Mecanismele psihologice vor complica totdeauna ecuaţia tratamentelor fiziologice, astfel încît psihoterapia capătă un rol important în orice medicaţie a oricărui organ şi a oricărei maladii.

Recomandarea pe care susţinătorul acestei concepţii o face, este că; „în terapeutica practică şi experimentală, mecanismele psihice trebuie întotdeauna prevăzute şi să se conteze pe ele, fie pentru a le cerceta, a le evita sau pentru a le interpreta", iar "înainte de a afirma despre un mecanism terapeutic că este pur fizic sau chimic, trebuie să vedem dacă el nu este în acelaşi timp un mecanism psihic (care e şi fizic, dar cu o acţiune mai indirectă şi mai completă).(4).

Vizionarul "Psihologiei Consonantiste" consideră în prezent, că rolul psihicului este redus mai mult decît ar trebui în terapeutica generală a maladiilor viscerale. Afirmaţia pe care o supune judecăţii este că; „în realitate, o mare parte a terapeuticii excitante ca şi a terapeuticii calmante este de resortul psihicului şi a psihoterapiei".Mecanismul acestei terapii este psihic, în parte, şi aceasta în porţiunea sa cea mai fundamentală,deoarece cele mai multe din medicaţiile fiziologice (excitante sau calmante) acţionează asupra organismului prin senzaţii. Efectele medicaţiei sînt direct proporţionale cu hipersensibilitatea subiectului şi fără un raport riguros cu greutatea sa, deci poso-

logia individuală trebuie să fie mai curînd determinată de starea de sensibilitate (de reactivitate a organismului) (4).

In viziunea concepţiei amintite mai sus, din punct de vedere fiziologic se presupune existenţa a doi factori psihoterapeutici: exerciţiul şi repausul, deci acţiunea şi inacţiunea.
Atenţia ar trebui să se îndrepte în acest caz, după părerea autorului, spre paralelismul diviziunilor repausului cu acelea ale exerciţiului, amîndouă fiind identice cu psihicul şi funcţiile sale (ca exerciţiu al substratului - al memoriei; al proceselor elaborării; gîndit, voit - de noi îngine; impus din afară - de către cineva; al recepţiei şi al reacţiei; al cunoaşterii şi al afectivităţii).

Acesti doi factori, exerciţiul şi repausul intervin în orice metodă psihoterapeutică ce se încadrează cu predilecţie pe unul din cele trei unghiuri ale unui triunghi format din: afect - cunoaştere - voinţă.

Abordarea pluridimensională în clinica medicală include şi investigarea psihică a bolnavului ce-şi trăieşte starea de disconfort somatică şi psihică. Acest fapt se datorează lucrului în echipă a medicului internist, psihiatru şi psiholog, spre stabilirea unui diagnostic şi a unei terapeutici ce converg către un consens - îmbunătăţirea stării de bine fizic şi psihic spre care tinde omul.

Un număr semnificativ dintre pacienţii care se prezintă pentru consultaţii la cabinetele de medicină internă şi chiar chirurgie, prezintă simptome somatice ca parte a unei tulburări afective şi de cele mai multe ori se întîmplă cu bolnavul care nu ştie să exprime trăirea sa decît în termeni de rău fizic, neavînd "un limbaj dezvoltat pentru a eticheta şi raporta stările emoţionale sau care utilizează stiluri de luptă ce minimalizează efectele, cu probabilitatea ca aceasta să poată fi considerat prototipul pacientului cu durere cronică". (2)

Kielholtz remarcă un fenomen de conversie a simptomelor, afecţiunea timică fiind "acoperită de o diversitate de tulburări vegetative sau organice funcţionale, insomnie, cefalee, senzaţie de sufocare şi constricţie toracică, tulburări cardiace şi mai ales gastro-intestinale, sindroame scapulo-cervicale, dureri la nivelul cefei şi coloanei vertebrale". Rezultatele neconcludente

ale explorărilor "intensifică sentimentul de boală şi autoobservarea, ceea ce are drept efect întărirea tulburărilor vegetative şi deschide larg poarta temerilor ipohondrice".(3)

Aceste fapte sînt întîlnite tot mai frecvent sub denumirea de tulburare somatiformă, care este definită de prezenţa unor simptome fizice sugerînd o afecţiune somatică pentru care nu există însă un substrat organic evidenţiabil sau mecanism fiziologic cunoscut şi pentru care există o probă pozitivă sau o puternică presupunţie că simptomele sînt legate de factori psihologici.

Există şi categorii de bolnavi la care suferinţa organică evidenţiată poate determina modificări de personalitate şi comportament în grad variabil, neexistînd o relaţie strictă între gravitatea bolii organice şi reacţia sa psihică. O importanţă avînd în acest sens pe lîngă structura de personalitate a cazului respectiv şi modul în care pacientul îşi reprezintă boala sa.

In totalitate aceste cazuri necesită o diagnisticare atît din punct de vedere descriptiv-somatic cît şi din punct de vedere socio-dinamic. Diagnosticul descriptiv-somatic (al entităţii nosologice) bazat pe examenul fizic şi explorările biologice,deşi permite în linii mari orientările terapeutice, nu are suficiente resurse pentru edificări etio-patogenice, fiind limitat în privinţa aprecierii evoluţiei şi prognosticului. Diagnosticul socio-dinamic (al constelaţiei personologice) implicînd cunoaşterea factorilor psiho-socio-genetici, a atitudinii pacientului faţă de boală, a gradului participării sale la vindecare, oferă posibilitatea reanalizării şi aprofundării datelor ce alcătuiesc diagnosticul nosologic şi poate dezvălui aspecte etio-patogenice susceptibile de a determina şi întreţine manifestări funcţional-organice, ce apar în cadrul afecţiunilor psihosomatice".(1)

Cunoaşterea completă a factorilor ce determină şi întreţin afecţiunea, precum şi a relaţiilor dintre aceştia permit o abordare complexă şi perfect adaptată a fiecărui caz clinic,atît din punct de vedere al terapiei medicamentoase şi chirurgicale, cît şi din punct de vedere psihoterapeutic.

In baza acestor consideraţii, în clinica a V a medicală se face apel, la cazuri bine determinate, în afara terapiei medicale şi la susţinerea prin psihoterapie,pentru scurtarea

evoluţiei bolii, pentru readaptarea afectivă, pentru restructurarea comportamentului, punînd-se accentul pe activismul bolnavului, pe participarea la propria vindecare, în scopul restabilirii echilibrului psihofizic şi reintegrării în viaţa activă.

Avînd în vedere numărul redus de zile de spitalizare a unor cazuri clinice ce necesită psihoterapie, am recurs pentru soluţionarea acestora la o metodă de psihoterapie scurtă. Metoda reprezintă o combinaţie sugestivă după Michael şi Scott; cu o focalizare sugestivă pe simptomul ţintă şi tehnica preconizată de Schultz la care s-a adăugat tehnica relaxării lui Jacobson şi Stokvis şi experienţa lui Kleinsorge, Klumbies şi Hoffman.

Sub aspect metodologic tehnica lui Schultz, se îndepărtează puţin de sugestia pasivă, ca şi de caracterul reflex-condiţionat al precedentului, prin participarea conştientă asupra efortului de cunoaştere şi stăpînire al Eu-lui, permiţîndu-se astfel, să se exercite această forţă atît în situaţii normale (în vederea înlăturării tensiunii), cît şi în situaţii patologice, obţinînd înlăturarea unor simptome. Drept condiţie se impune în acest caz, asentimentul şi angajarea fermă a persoanei în cauză, pentru a obţine o mobilizare volitivă conştientă. Acestei tehnici îi găsim corespondenţa în legea psihoterapeutică a antrenamentului expusă de Stefan Odobleja, prin exercitarea directă tocmai a posibilităţilor voliţionale.

Acest antrenament produs prin propriul Eu (ce îşi are esenţa în tehnica Mahamudra, Yoga şi Zen) se apropie ca şi-n cazul unei hipnoze ugoare de realizarea unei stări de relaxare, printr-o intervenţie asupra psihicului prin cuvînt.

Am respectat exerciţiile de bază prin intermediul cărora se realizează decontractarea concentrativă, în cele şase domenii (muşchi, sistem vascular, inimă, respiraţie, organe abdominale, cap) la care am adăugat exerciţiile "relaxării progresive" a lui E.Jacobsen.

Autorul acestei tehnici a demonstrat printr-un studiu fiziologic şi clinic al stărilor de tensiune musculară, că orice situaţie conflictuală, orice experienţă psihotraumatizantă este susceptibilă să determine o stare de hipertensiune neuromusculară, al cărui reflex în plan psihic se traduce prin hiperexcitabilitate, iritabilitate etc.

Dimpotrivă, relaxarea musculară are un efect tranchilizant în planul activităţii psihice, ducînd în acelaşi timp la o micşorare a reflexivităţii esteo-tendinoase şi a reacţiilor senzitivo-senzoriale, realizînd astfel nu numai o scădere a acuităţii senzitivo-perceptive ci şi o diminuare a impulsurilor proprio şi interoceptive.

Această tehnică se bazează numai pe relaxarea neuromusculară, ce determină în mod reflex relaxarea psihică, în care conlucrarea dintre acţiune şi inacţiune este asimilată continuu de efortul conştient, deci de activism pentru a ajunge la relaxare.

Pentru începutul exerciţiilor am apelat la formule ce pot trezi reprezentarea relaxării, inducînd o stare de calm şi linişte prin comenzi împrumutate din experienţa lui Keinsorge,Klumbies şi Hoffman.

In general fiecare metodă luată separat impune o secvenţialitate de faze, cu o anumită gradualitate, în care un exerciţiu se bazează pe cel anterior. In toate cazurile tratate, am ecompactizat secvenţialitatea de faze într-un singur exerciţiu complex, ce cuprinde: impunerea stării de linişte şi calm, după care urmează decontractarea concentrativă pe zone; facială şi cefalică, a membrelor superioare, a toracelui cu reglare cardiacă şi respiratorie, a abdomenului cu reglare a viscerelor, a musculaturii spatelui şi membrelor inferioare. Faza de căldură întregeşte complexitatea exerciţiului, după care abia apoi se intervine cu focalizarea sugestivă pe simptomul ţintă. De fapt această ultimă parte se consideră a fi cheia metodei psihoterapeutice în clinica medicală.

Pentru fiecare tip de afecţiune în parte şi trăire de disconfort al bolnavului, raportată la structura de personalitate se creează o formulă bine închegată sugestiv, ce trebuie să fie ţintită pe simptomul prezent.

Pentru a beneficia de focalizarea sugestiei, este imperios necesar acel exerciţiu complet de relaxare, care devine printr-o obişnuinţă progresivă şi intervenţie conştientă, acel bine trăit ca fizic şi psihic. Formula sugestivă este pregresiv captată prin exerciţiu, pe această stare cînd scoarţa cerebrală devine eliberată de o serie de tensiuni.

Această metodă, în formula prescurtată prezentată, poate fi practicată în grup mai ales în condiţiile spitalizării şi continuată în mod individual acasă, pe o perioadă dinainte stabilită de psihoterapeut.

In clinica medicală o practicăm în mod individual, cu un număr de gedinţe de una pe zi, pe o perioadă de minimum 10-12 zile (sau cît se poate beneficia de spitalizare) după care se continuă ambulator sau neasistat pe perioade dinainte stabilite. Recomandăm acest lucru pentru a nu deveni o dependenţă de metodă sau psihoterapeut.

Acest timp ar putea să pară insuficient, dar practica confirmă într-un procent foarte ridicat eficienţa acestei tehnici într-un timp impus şi limitat, cînd bolnavul nu numai îşi restructurează, dar îşi şi întăreşte încrederea în sine, prin diminuarea stărilor emoţionale, reacţiilor inadecvate şi disproporţionate, emoţiilor parazite, stărilor de afect şi de asemenea poate beneficia de un echilibru, tact, stăpînire de sine, spontaneitate în intervenţii, atît de necesare în complicata viaţă modernă.

Atragem în mod deosebit atenţia, că pentru reuşita unei gedinţe este necesar ca bolnavul în timpul exerciţiilor să fie dirijat direct de psihoterapeut, acesta permiţînd intervenţia (dacă este cazul) în nuanţarea unor formule în funcţie de gradul de trăire şi simţire subiectivă al bolnavului. Metoda îşi poate spori eficienţa cînd este precedată şi urmată de melaterapie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Ionescu G.: Teză de doctorat. Relaţia interpersonală. Univ.Al. I.Cuza, Iaşi, Fac.de ist.filos.
2. Kelton M.,Kleiman A,Rosen G.; Depression and Somatisation. Amer.J.of Med"., 1982, 15, p.127-135.
3. Kielholtz P.:Allocution inaugurale. Psychosomatique des maladies depressifs. Depression masquess, în La depression masquee, Berne-Stuttgart-Wienne, 1973,12.
4. Odobleja,St.: Psihologia Consonantistă, Edit.ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1982, p.521.

SEMNIFICATIA INVESTIGATIILOR PSIHOLOGICE LA PACIENTII CU AFECTIUNI T.B.C.

I.TEODORESCU, V.PARASCHIV

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi

Cu toate progresele înregistrate de medicină, T.B.C.ul rămîne încă o problemă socială, mai ales în urma creşterii rezistenţei bacilului Koch la antibiotice.

Investigaţiile efectuate în rîndul pacienţilor cu afecţiuni T.B.C.coroborate cu cele efectuate de alţi cercetători (1) pun în evidenţă faptul că în cadrul triadei afectivitate-inteligenţă-voinţă, cea mai perturbător este afectivitatea. Pacienţii primesc cu mult interes testele de inteligenţă aplicate de noi: I_2,D.A.T., şi chiar B.A., deoarece vor să demonstreze că boala (şi faptul este real) nu le-a afectat facultăţile mintale.

Dimpotrivă, unii sînt foarte inventivi, receptivi la tot ce este nou, avînd momente de euforie cînd se cred în stare a-şi depăşi situaţia de pacient şi a-şi integra într-un mod superior (vezi statut şi rol) în angrenajul social.

In ce priveşte voinţa, casuistica este foarte diversă; se înregistrează abulie dar în egală măsură sînt şi hiperbulici,situaţie care nu poate fi exact constatată, testele de voinţă nefiind încă elaborate. Hiperbulicii obosesc repede datorită aportului scăzut de exigenţă şi se instalează apoi apatie cu indiferenţă la cele ce se petrec în jur. Pentru cei cu perioade mai lungi de internare, nici moartea unora din pacienţi nu mai prezintă un fenomen ieşit din comun.

In ce priveşte afectivitatea se manifestă tendinţe diferite de la pacient la pacient şi uneori chiar la acelaşi pacient, acesta poate fi altul de la o zi la alta.

Deşi după unii cercetători extravertiţii sînt cei mai expuşi la T.B.C., după stabilirea diagnosticului manifestarea este spre introversiune, suspiciune şi ranchiună. Orice încercare de apropiere afectivă, trebuie făcută cu grijă, pacientul dorind ca medicul curant să fie un prieten, un confesor de tipul pastorului, decît un sbir rece şi distant care indică "ex-catedra", un tratament uneori îndelungat şi constînitor cu privaţiuni alimentare,

familiare şi sociale.

La chestionarul de tip proiectiv (test asociativ verbal-forma desvoltată), folosit de noi, dat spre completare pentru un timp nelimitat în saloane, rezultatele au fost dintre cele mai nefaverabile. Nu s-a răspuns conform cerinţelor cu fraze de cel puţin două rînduri, anumite întrebări au fost ocolite, iar alţii pur şi simplu au declarat copilăreşte că au pierdut formularul sau nu au avut cu ce scrie.

Insistînd şi discutînd separat cu unii din pacienţi am primit răspunsuri ca: "sînteţi prea indiscret", nu putem să vă spunem tot ce-avem pe suflet", "ce doriţi de la noi", "noi sîntem bolnavi T.B,C. nu sîntem bolnavi cu capul", "ce doriţi să faceţi cu noi; ne mutaţi la un spital de nebuni", "nu mai aveţi medicamente şi ne duceţi cu vorbe", - refuzuri ostentative de către alţii ce au efectuat teste psihologice cu diferite ocazii.

Testul PA l-am aplicat individual pentru a surprinde reacţiile pacientului şi eventuala tendinţă de simulare şi disimulare.

Sinceritatea se instalează după o perioadă de discuţii prealabile în cadrul căruia s-a făcut apel la dorinţa lor de a se face bine şi li s-a promis sprijin afectiv şi efectiv pentru acest lucru.

Tendinţe ca hipertimie, hiperdemonstrativitate sînt foarte frecvente.

Freud spune că "fericiţii nu fantazează". Confirmîndu-l, pacienţii noştri care numai fericiţi nu pot fi numiţi fantazează şi de multe ori devin ridicoli căci se desprind prea mult de realitate.

S-au remarcat situaţii cînd cu cîteva clipe înaintea morţii, pacienţii îşi făceau planuri de viitor cum aici un adolescent nu le face.

În ce priveşte chestionarul "W-M", se remarcă o distribuţie crescută a procentajului peste zona de filtraj la tendinţe hipercondriace, antisociale, emotivitate şi obsesii psihastenice.

Cu toate rănile afective semnalate pacienţii TBC,datorită introversiunii care se instalează după cunoaşterea precisă a diagnosticului, ajung foarte rar la acte de auto şi hetero-agresiune. Suspiciunea şi ranchiuna îi fac să acţioneze într-un fel ascuns, cu atît mai periculos cu cît nu-i depistabil.

Baciliferii încearcă să transmită această boală şi altora: vecinilor cu care s-au aflat în dispute, familiei de care par izolaţi, după perioade mai lungi de internare, altor cunoscuţi care sînt sănătoşi şi se pot bucura de viaţă în toată plenitudinea ei, chiar personalului de îngrijire medicală (1).

Concluzionînd principalele trăsături ce caracterizează personalitatea bolnavului de tuberculoză pulmonară ar fi: egofilia sau egocentrismul, tendinţe spre interiorizare şi un grad înalt de irascibilitate care duce la conflictualitate, suspiciune şi tendinţe psihonevrotice. Manifestările psihoanormale întîlnite în tuberculoză se încadrează în tulburările psihice de natură infecţioasă iar cînd capătă un contur clinic mai bine delimitat cu fenomene psihice majore, ele pot alcătui autentice psihoze infecţioase.

Apariţia tulburărilor psihice poate avea ca punct de plecare:

1 - tuberculoza ca afecţiune organică cu evoluţie cronică;

2 - reactivitatea subiectului la apariţia unei afecţiuni care duce la apariţia de noi restructurări bio-psiho-sociale.

3 - administrarea unor medicamente tuberculostatice cu reacţii adverse şi intoleranţă individuală.

Acegti noi factori coroboraţi cu personalitatea premorbidă duc la rezultate diferite de la pacient la pacient.

Un top sanguinic poate face o tuberculoză cu manifestări echilibrate, cu respectarea tratamentului şi a celorlalte indicaţii profilactice. Un tip coleric va face o tuberculoză cu manifestări zgomotoase, cverulente, iar un melancolic se va manifesta într-un mod depresiv, chiar prăpăstios.

In general, se consideră că dacă nu avem manifestări prea frecvente care se încadrează în psihiatria majoră (8), majoritatea bolnavilor TBC prezintă manifestări care se încadrează în psihiatria limitrofă.

Totodată se remarcă foarte puţine cazuri de suicid (în spitalul nostru, în ultimii trei ani numai un caz şi acela datorat unor conflicte familiale), pacienţii TBC manifestînd în general o puternică dorinţă de a trăi şi chiar cu puţine clipe înaintea exitusului prezintă un optimism exagerat.

Concluzii:

Este cunoscut faptul că aflarea diagnosticului, pacienţii

TBC suferă un impact (8) de intensitate şi durată de care depinde evoluţia ulterioară atît la boli somatice cît şi a comportamentului psihic.

Toţi cercetătorii, printre care şi întemeietorul ftiziologiei moderne, Laenec sînt de acord că există un nivel crescut de emotivitate la toţi pacienţii TBC, un fel de rană afectivă suprapusă peste cea somatică.

Fără a psihiatriza tratamentul bolnavului de tuberculoză, afirmăm că ftiziologul trebuie să cunoască această situaţie pentru a putea conduce corect tratamentul.

"Omul moare atunci cînd nu mai vrea să trăiască" - spunea Goethe, şi noi afirmăm că nici o tuberculoză nu e vindecată complet şi fără riscuri de recidivă dacă sufleteşte pacientul a rămas un suferind.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Alexandrescu I., Blumenfeld S.,Velesievici I.: Psihologia bolnavului de tuberculoză; ed.Junimea, 1981.
2. Angheluţă V., Udangiu St.: Psihiatrie preventivă; Edit.Medicală Bucureşti, 1986.
3. Arsene A. şi colab.: Neurologie; vol.III, Edit.Medicală, 1981.
4. Atanasiu A.: Elemente de psihologie medicală; Edit.Medicală, Bucureşti, 1983.
5. Freud S.: Introducere în psihanaliză. Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1975.
6. Pirozynski T.: Elemente de psihiatrie; IMF Iaşi, 1980.

Scanned with OKEN Scanner

CORELATII MEDICO-PSIHOLOGICE IN TERAPIA PSIHOTROPĂ

V.CHIRITA, N.COSMOVICI, MAGDA LUCHIAN, V.PAKASCHIV, T.PIROZYNSKI
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Complexitatea relaţiilor terapeutice în psihiatrie decurge din diversificarea, dezvoltarea şi perfectarea continuă a principiilor şi metodelor de tratament, aspectele actuale psihopatologice şi de morbiditate, mutaţiile în configuraţia epidemiologică, precum şi din sensurile relaţiei dintre terapeut şi pacient în convergenţa dintre psihiatrie, psihologie clinică şi receptarea în planul relaţiilor existenţiale. Mijloacele terapeutice psihiatrice-biologice, psihoterapice, ocupaţionale - se asamblează diferenţiat în demersul recuperator în care perspectivele deschise de terapia psihofarmacologică restructurează fundalul psihoterapic al actului complex terapeutic.

Fără a insista asupra dezvoltării psihofarmacologiei, se cuvine totuşi a consemna evoluţia bioterapiei psihiatrice de la medicaţia simptomatică hipno-sedativă pînă la descoperirile farmacologice actuale şi posibilităţile deschise de perspectiva abordării biochimice a metabolismelor neuronale într-o permanentă corelaţie dintre substratul biologic şi implicaţiile psihologice. Amintim doar că încă de la începuturile psihiatriei moderne s-au folosit în terapeutică alcaloizii de opiu şi derivaţii morfinici, alcaloizii solanaceelor, alcoolul, haşişul şi serpentina rauwolfia, după anul 1826 sărurile de brom şi cloralhidratul, iar din anul 1903 se inaugurează seria barbituricelor prin descoperirea barbitalului şi ulterior a fenobarbitalului şi alter produşi barbiturici. Chimioterapia psihotropă debutează în anul 1952 prin introducerea în terapeutică a Clorpromazinei de către Delay şi Deniker. Ulterior medicaţia psihofarmacologică s-a dezvoltat prin descoperirea a numeroase preparate cu efecte psihotrope (sedative, anxiolitice, hipnotice, antihipnotice, antidepresive, psihostimulante sau psihodestructurante) care acţionează la nivelul S.N.C. şi exercită o acţiune farmacodinamică asupra întregului organism şi îndeosebi asupra unor funcţii psihice elementare ca vigilitatea, conştienţei, activitatea psihomotă sau afectivitatea (18). Cu referire la medicaţia antidepresivă, de la confirmarea în anul 1957 a proprietăţilor antidepresive ale Iproniazidei şi Imipraminei s-au introdus

în terapeutică o serie de noi preparate. Menţionăm dintre acestea, într-o jalonare temporală, preparatele I.M.A.O (Izocarboxazida,Nialamida, Fenelzina, Tranilcipromina), Amitriptilina, Trimipramina, Sulpirida, antidepresivele cu structură originală (Nomifebsina, Vilexazina, Fluvoxamina), antidepresivele tetraciclice(Mianserina,Maprotilina)(15,19). La fel şi în cazul medicaţiei tranchilizante(anxiolitice), de la introducerea în clinică a Meprobamatului (1954),Clordiazepoxidului (1961), Diazepamul (1962), gama acestora s-a extins cu rapiditate, ele reprezentînd gruparea medicamentoasă cel mai bogat ilustrată (6,18,19). In domeniul substanţelor neuroleptice consemnăm descoperirea neurolepticelor depôt care reprezintă un real progres în terapia bolilor psihice cu evoluţie prelungită,fiind considerate "a treia revoluţie în psihiatrie" datorită caracteristicilor farmacoclinice şi avantajelor oferite prin creşterea complianţei la tratament, eficientă clinică, certitudinea şi spaţializarea administrării precum şi modificarea favorabilă a relaţiei medic-pacient prin individualizarea şi continuitatea tratamentului în condiţii de dispensarizare (12,19).Dintre substanţele psihoanaleptice consemnăm beneficiul terapeutic al psihozelor de reglare metabolică de tipul piritexinei (Encephabol,Piritinol) sau substanţelor nootrepice ca piracetamul (Nootrepil, Pyramem, Piracetam)(18,19).

In încercarea de cuprindere a tuturor medicamentelor psihotrope s-au elaborat numeroase clasificări (V.Predescu şi colab.1976, D.Ginestet, P.Peron-Magnan, E.Zarifian, J.F. Chevalier 1979, W. Pöldinger 1983, R.Specter, H.Rogers, D.Rey 1987)(8,17,18,2o), care au la bază clasificarea propusă de către Delay şi Deniker şi în care substanţele psihotrope sînt grupate în trei mari categorii: psiholeptice (sedative psihice),psihoanaleptice (stimulante psihice), psihodisleptice (perturbatoare ale activităţii psihice).

Psihofarmacologia are aplicaţii în multe domenii ale medicinei, deschizînd în psihiatrie "era psihofarmacologică" întrucît a determinat" a 2-a revoluţie în psihiatrie" prin importanţa beneficiilor aduse în terapia bolilor psihice. Aplicarea psihotropelor în clinică implică o complexă relaţionare pornind de la necesitatea testării medicamentelor, a studiilor farmacodinamice, farmacoclinice şi farmacoepidemiologice, precum şi a investigaţiilor psihologice şi asocierii psihoterapice.

Testarea de laborator a acţiunii şi efectelor medicaţiei

psihotrope include experimentarea pe animale prin efectuarea unor teste de toxicitate acută, subacută şi cronică, testarea efectelor neurodinamice, teste de motilitate, somn, temperatură, pentru cercetarea efectelor cataleptizante, reactivităţii emoţionale, antiserpinice şi a studiului comportamentului liber. Metodologia experimentală în studiul substanţelor antidepresive necesită o evaluare neurofarmacologică pentru determinarea profilului de acţiune prin metode specifice (cînd se cunoaşte clasa din care fac parte) sau metode generale (în cazul unor structuri noi şi necunoscute) (11).

Cercetarea clinică experimentală psihofarmacologică implică multiple sensuri relaţionale ce vizează investigarea completă a pacientului, precizarea diagnosticului, urmărirea evoluţiei bolii şi efectelor adverse, examinarea psihologică în dinamică şi abordarea psihoterapică. In acest sens ne vom referi la o serie de cercetări psihofarmacologice deschise, comparative, în simplu-orb sau dublu-orb efectuate în clinica de psihiatrie, cu referire particulară la semnificaţiile ce decurg din explorările psihologice atît ca psihodiagnostic, evaluare psihopatologică intemizată şi eficienţă psihoterapeutică.

Experienţa acumulată ne permite referiri la medicaţia tranchilizantă (studii în dublu-orb asupra preparatelor Tofizopam, Diazepam şi Nitrazepam versus placebo)(3,5,6), medicaţia antidepresivă (cercetări clinice deschise, comparative în simplă şi dublu-orb asupra preparatelor Mianserină, Mapretilină, Viloxazină, Sulpiridă, Imipramină, Amitriptilină, Tryptizol, Melitracen(2,4,13,15, 16), studii asupra aplicaţiilor şi eficienţei clinice a neuroleptice lor depôt (12). Metodologia studiilor efectuate (7,15) standardizată în raport de preparatele cercetate a constat în observaţie clinică, notarea momentului primei ameliorări şi a ameliorării maxime, determinarea constantelor biologice, EEG, EKG şi examenul F.O. iniţial şi la sfîrşitul tratamentului, măsurarea T.A. şi pulsului pe toată durata observaţiei clinice şi investigaţia psihologică la 0-7-14-21 zile.

Cadrul metodologic al studiilor întreprinse relevă unele observaţii semnificative privind implicaţiile relaţionale în tratamentul psihofarmacologic şi aportul psihologiei medicale la actul terapeutic. Astfel studiul medicaţiei tranchilizante, pe lîngă

evidenţierea eficienţei anxiolitice şi indicaţiilor clinice, atenţionează şi asupra "efectului placebo" cînd ameliorarea unor elemente psihopatologice survine ca rezultat al psihoterapiei mediate prin administrarea unui "preparat mediosamentos" şi prin efectuarea examinărilor psihologice şi a investigaţiilor clinice şi de laborator.

Observaţia clinică şi dispensarizarea unui lot de bolnavi schizofreni trataţi cu neuroleptice depôt reliefează avantajele terapeutice şi posibilitatea administrării ambulatorii într-o abordare psihoterapică, absorbţie ocupaţională şi cooperare comunitară.

Medicaţia antidepresivă oferă un cadru optim cercetării experimentale, datorită posibilităţilor de observaţie în asistenţă clinică, investigaţie psihologică şi estimare a rezultatelor într-o perioadă limitată de timp. In cercetările menţionate s-a procedat la aplicarea dinamică la o-7-14-21 zile a scalei Hamilton pentru depresie (HAMD) în varianta 21 de itemi şi scalarea o-4, concomitent cu chestionarele de autoevaluare DE-AN (4o itemi) şi AM-LE (22 itemi) şi un supliment dispozitiv testabil (ISDAN, W-M, Eysenck, chestionar anxietate, test I_2 şi Rawen) aplicate la începutul experimentului în scopul surprinderii intensităţii simptomatologiei depresive (7,1o,16).

Modalităţile de examinare psihologică probate în cursul cercetărilor clinico-experimentale sugerează certe beneficii în complexa relaţie a terapiei psihotrope cu psihologia clinică.Astfel, în prima etapă a stabilirii loturilor de cercetare, psihodiagnosticul contribuie la edificarea încadrării nosologice şi a indicaţiilor clinice ale medicamentului ce urmează a fi administrat,iar examinările psihologice ulterioare întregesc precizarea dinamică a diagnosticului clinic şi prognosticului. Cu toate discuţiile existente asupra reciprocităţii dintre psihofarmacologie şi psihoterapie în sensul unor efecte pozitive şi negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei sau a unor efecte pozitive şi negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei (9) putem afirma că "montajul" psihologic, examinările repetate şi aportul psihologului clinician realizează o veritabilă psihoterapie în contextul abordării psihofarmacologice ca validare farmacopsihoterapeutică şi socioterapeutică.Aportul explorator şi aplicativ al psihologiei medicale (1,14) prin psihodiagnostic, evaluare psihopatologică şi psihoterapie susţine şi racordează psihofarmacologia

în complexitatea asistenţei clinice, sudează echipa medicală în relaţia terapeutică prin elevarea competenţei, comprehensiunea şi ameliorarea bolii psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.Chappuis R.: La psychologie des relations humaines,P.U.F.,Paris, 1986.

2.Chiriţă V.: Psihiatria azi (sub red.T.Pirozynski),Rev.Med.Chir. Iaşi,1985,supliment,299-303.

3.Chiriţă V.: Psihiatria azi (sub red.T.Pirozynski),Rev.Med.Chir. Iaşi,1985, supliment,316-319.

4.Chiriţă V., Cosmovici N.,Boişteanu P.,Pirozynski T.: Rev.Med. Chir.Iaşi,1985, 4,651-656.

5.Chiriţă V., Selaru M.,Boişteanu P., Cosmovici N., Pirozynski T. Rev.Med.Chir.Iaşi,1986,90,3,459-464.

6.Chiriţă V., Selaru M.,Boişteanu P., Cosmovici N.,Pirozynski T. Rev.Med.Chir.Iaşi,1987,91,3,467-470.

7.Cosmovici N.,Pirozynski T.,Chiriţă V.,Paraschiv V.,Boişteanu P., Cosmovici Maria, Luchian Magda.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1987,91,3, 463-466.

8.Ginestet D.,Peron-Magnan P., Zarifian E.,Chevalier J.F.: Abrégé de chimiothérapie psychiatrique, Edit.Masson,1979

9.Ionescu G(coord.),Bejat M., Pavelcu V.: Psihologie clinică, Edit. Acad.R.S.R.Bucureşti,1985.

10. Mackinon R.A.,Yudofski S.C.: The Psychiatric Evaluation in Clinical Practice, Edit.Lippincot Comp.,Philadelphia,1986.

11.Mungiu O.C., Chiriţă V., Mungiu A., Pirozxnski T.;Rev.Med.Chir. Iaşi,1986,90,4,637-639.

12.Mungiu O.C., Chiriţă V., Boişteanu P., Mungiu A., Cosmovici N., Pirozynski T.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1988,92,1,43,47.

13.Pirozynski T.; Chiriţă V., Mungiu O.C., Boişteanu P.,Cosmovici N., Turcu I.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1986,90, 4,641-647.

14.Pirozynski T., Luchian Magda, Cosmovici N., Chiriţă V., Boişteanu P.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1987,91 , 2,239-243.

15.Pirozynski T., Chiriţă V., Mungiu O.C., Cosmovici N., Boişteanu P.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1987, 91,2,251-255.

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE IN ACTIVITATEA DE DISPENSARIZARE LA NIVELUL L.S.M.

LILICA CONACHE ALEXOAIE, LIDIA POPA,
N.COSMOVICI, V.CHIRITA

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iasi

Psihiatria, ca disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială al cărei obiect de studiu şi intervenţie este boala mentală şi destinul celor afectaţi de aceasta, orientează prin competenţele şi proiecţia sa interdisciplinară deschiderea comprehensivă faţă de problematica actuală a sănătăţii mentale de promovare a sănătăţii şi vieţii, într-o formă optimă de afirmare a capacităţii ca valori fundamentale ale societăţii (2,4,5). Laboratorul de sănătate mintală a apărut ca o necesitate de prelungire a contactului direct cu bolnavul psihic, de stabilire şi realizare a unor măsuri profilactice şi de recuperare, constituind totodată o verigă de bază a unui circuit continuu în care dispensarizarea realizează o supraveghere medicală activă curative-profilactică individualizată pe categorii de boli psihice (1).Luarea în evidenţă a bolnavului se face după stadiul asistenţei clinice şi stabilirea diagnosticului, procesul de dispensarizări cuprinzînd acţiuni de depistare, luare în evidenţă, urmărire activă şi scoaterea din evidenţă. Metodologia dispensarizării necesită fişarea cazurilor prin carnet de dispensarizare, fişă de evidenţă, anchetă socială şi anexarea examinărilor psihologice. Astfel fiecare caz dispensarizat poate beneficia de o asistenţă complexă - medicală (terapie medicamentoasă şi psihoterapie examinări medicale şi psihologice), profesională (ameliorarea sau înlăturarea factorilor nocivi de la locul de muncă, reducerea sau modificarea programului de lucru, reorientarea sau pensionarea) şi socială (ameliorarea unor factori negativi sociali şi familiali) - prin intermediul unei echipe formate din medic psihiatru, pedopsihiatru, psiholog, asistente sociale cu concursul şi implicarea factorilor de competenţă comunitară (3).

Colaborarea dintre medic şi psiholog este o relaţie de feedbak necesară atît în urmărirea evoluţiei bolii, cît şi în stabilirea metodelor terapeutice diferenţiate de la caz la caz.

Psihologului îi revine sarcina de examinare şi adnotare în carnetul de dispensarizare, întocmirea fişei de examinare psihologică, amplă şi descriptivă, ca prim contact după care periodic consemnează observaţiile şi reexaminările. Totodată în cazurile indicate de medic se instituie şedinţe de psihoterapie, prin care se urmăreşte recuperarea (pe funcţii şi tendinţe de la caz la caz). Astfel examinarea psihologică contribuie la nuanţarea şi integrarea diagnosticului psihiatric, scopul psihodiagnosticului fiind reprezentat de reliefarea unor date referitoare la personalitatea premorbidă, cît şi a modificărilor suferite în procesualitatea bolii (5).

Instrumentarul metodologic de examinare psihologică, etalonat şi validat de laboratorul clinic de psihologie al Spitalului clinic de psihiatrie „Socola"-Iaşi, cuprinde:

- metode de investigare şi validare: anamneză şi observaţie;
- teste psihologice:

a) teste de eficienţă şi performanţă:

- proba de corectură Bourdon-Anfimov, proba de calcul Kraepelin, proba de baraj Toulouse-Piéron, proba de atenţie distributivă Praga;
- investigarea memoriei:
- testul I_2, proba celor 15 cuvinte (Ray A), scala de memorie Wesler, bateria A.Binet;
- evaluarea nivelului intelectual:
- bateria W.A.I.S., matrice progresivă Raven, baterii K.L.T. cu care se stabileşte QI sau gradul de deteriorare mintală.

b) chestionare de personalitate;

- chestionarul Woodworth (W.M), inventarul de personalitate Eysenk, chestionarul de anxietate Cattel, M.M.P.I.
- teste proiective: T.A.T., testul Szondi, testul Rosenzweig.

Stabilirea psihodiagnosticului la bolnavii dispensarizaţi are în vedere investigaţia de evaluare simptomatologică psihiatrică regres-pregres) în funcţie de care se stabileşte alegerea instrumentarului testabil în concordanţă cu dominante procesului psihic (perturbarea proceselor psihice cognitive, ale efectivităţii personalităţii) şi precizarea nivelului de şcolarizare şi integrare socio-profesională.

Psihoterapia se diferenţiază în funcţie de starea prezentă şi de durata evoluţiei bolii cu stabilirea recomandărilor medicale, psihocomportamentale, atitudinale. Se explică în cadrul L.S.M. psihoterapia individuală (non-directivă),cognitivă,anti-anxioasă, anti-fobică şi comportamentală. Psihoterapia familiei are un rol important în influenţarea favorabilă a bolii,vizînd familia şi mediul ambiental, sistemul de comunicare al familiei intern-extern, organizarea şi ierarhizarea familiei, vizitarea şi contactarea familiei, stabilirea stadiilor de structurare a familiilor cu bolnavi psihici, în cadrul unui program care urmăreşte readaptarea şi reinserarea bolnavului în mediul familial (2).

Integrarea psihologului clinician în echipa de asistenţă a L.S.M., prin elaborarea psihodiagnosticului şi psihoterapie, extinderea activităţii la teritoriul arondat, reprezintă etape importante în complexitatea acţiunilor de dispensarizare care contribuie la elevarea calităţii asistenţei medico-sociale.Implicarea în programele psihoprofilactice şi recuperatorii conduce la lărgirea posibilităţilor de intervenţie în asistenţa ambulatorie, abordarea diferenţiată şi competentă a fiecărui caz în parte, evaluarea epidemiologică şi estimarea predictivă a implicaţiilor comportamentale în evoluţia bolii psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Chiriţă V.: Interferenţe psihiatrice (sub red.T.Pirozynski), Rev.Med.Chir.Iaşi, 1986, supliment, 255-266.
2. Pirozynski T. (sub red.): Interferenţe psihiatrice, Rev.Med. Chir.Iaşi, 1986, supliment.
3. Pirozynski T., Lachian Magda, Cosmovici N.,Chiriţă V., Boişteanu P.: Rev.Med.Chir.Iaşi, 1987, 91,2, 239-243.
4. Pirozynski T.,Chiriţă V.,Boişteanu P.: Rev.Med.Chir. Iaşi, 1988, 92,2, 265-270.
5. x x x Dimensions sociales de la santé mentale, OMS, Genève, 1981.

CRITERII DE DIAGNOSTIC IN TULBURARILE PERSONALITATII

P.BOISTEANU

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Personalitatea reprezintă un ansamblu de reacţii,complexe ale organismului la stimuli interni şi externi, reacţii motivate şi organizate prin reflexe înnăscute sau cîştigate ce orientează integrarea subiectului la relaţiile ambientale, realizîndu-se printr-o elaborare în baza structurilor sale bazale, biogenetice şi a funcţiilor subiective, psihologice, axiologice şi sociale, anticipativ proiectate. (8,9). De asemenea personalitatea se proiectează ca o rezultantă dinamică a tuturor însuşirilor psihice ale individului, cu o „organizare sistemică ierarhizată,unitară şi dinamică, cu un determinism plurivalent bio-genetic-psihologic, socio-cultural şi axiologic". Personalitatea este prezentată în diverse definiri, ca un ansamblu de caracteristici bio-fizio-psihologice care permite o adaptare generală la ambianţă (Sheldon), o construcţie factorială dinamică exprimată în modalitatea răspunsurilor la stimuli (şi situaţii - R.B.Cattel) derivată din intersectarea structurilor bazale,tipologice şi individuale (personalitate generală, personalitate tipică şi personalitate individuală - G.W.Allport) (1), definită de algoritmul de îmbinare a indicatorilor energetici, intelectuali şi atitudinali la nivelul unui individ dat (H.Eysenck) sau constă în mod noncret dintr-o serie de valori sau de termeni discriptivi utilizaţi în vederea caracterizării individului studiat, potrivit cu variabilele sau dimensiunile care ocupă un loc central în teoria dată (C.S.Hall şi G.Lindzey) (2,3,4,1o).

Studiul personalităţii şi al tulburărilor clinice plecînd de la date de observaţie cşinică şi premize teoretice priveşte ontologia sau structura sa, prin aprecierea caracterului relaţional al persoanei faţă de ambianţă atît în stare de sănătate cît şi în procesul bolii, precum şi prin precizarea limitei care separă personalitatea normală de personalitatea deviantă şi patologică (4,6,11). Relaţia dintre personalitatea psihopatică ca structură şi nevroza ca simptom este amplu comentată de K.Schneider ca punct antagonist al concepţiei kretschmeriene,

despre diferenţierea în sensul: personalitate normală - personalitate patologică - psihoză, respectiv ciclotimie - cicloidie - ciclofrenie, schizotimie - schizoidie - schizofrenie, diferenţierea constînd doar în variaţia intensităţii, criteriu ce pare adoptat de Asociaţia Americană de Psihiatrie (DSM III). Dincolo de aspectele structurale se recurge la evaluarea gradului de vulnerabilitate faţă de condiţiile ambientale, făcîndu-se în acest sens distincţia dintre factorul constituţional şi factorul psihogen ambiental. In situaţia cînd tulburarea de personalitate se raportează la factorul constituţional se poate vorbi de personalităţi dizarmonice constituţionale, caracterizate prin "comportament deviant" iar în condiţiile apariţiei tulburărilor de personalitate raportate la factorul psihologic ambiental se poate vorbi despre nevroză ca dezvoltare psihogenă. In acest ultim cadru se diferenţiază forme distincte cu dominanţa obsesiilor sau fobiilor fără inducerea unui comportament deviant.(13)

Constatăm tendinţa grupului de experţi OMS care au alcătuit Glosarul CIB - 9 de a se orienta în clasificarea tulburărilor de personalitate după criteriologia schneideriană, în acest sens fiind inclusă în cadrul tulburărilor de personalitate şi psihopatia introdusă la subcodul referitor la tulburarea de personalitate cu predominarea manifestărilor sociopatice sau asociale (personalitate asocială). Referindu-ne la personalitatea paranoiacă ca personalitate patologică deosebită de personalitatea dizarmonică labilă (descrisă de Kretschmer) sau de "idealiştii pasionali" (particularizaţi de Dide), se consideră că această personalitate evoluează constant fără agravări, în sensul menţinerii caracterului stabil şi permanent al tulburărilor psihice, fără a ajunge, pasager sau durabil la o veritabilă destructurare psihotică. Paranoiacopatia a justificat clasarea sa distinctă datorită conţinutului cverulent, cu fixaţii asupra unor persoane sau situaţii în prezenţa totuşi a unei capacităţi de autoconducţie lucidă şi de relativ corectă apreciere a unor situaţii ce nu intră în context cu cverulenţa (12).

Datele actuale din literatura medicală, ca şi propriile noastre observaţii clinice, tentează pentru o mai clară şi nuanţată înţelegere, abordarea în cadrul tulburărilor de personalitate, a noţiunii de "borderline states", "cas limite" sau

"stări limită". Este o tendinţă firească de înţelegere şi evaluare direcţionată de semnificaţia ce o acordăm psihiatriei ca disciplină medicală integrativă, antropologică şi socială.(5,7). Borderline states, cuprind stări psihopatologice, imprecis conturate, cu un tablou clinic particular, unde nici un simptom luat în parte nu este patognomonic, dar gruparea unor simptome este relevantă şi sugerează un diagnostic de tulburare structurală a personalităţii. Acest tip de personalitate, ce oscilează între modelul nevrotic, dizarmonic şi cel psihotic se particularizează prin trăsăturile schizoide cu scăderea tonalităţii afective, cu mecanisme de apărare de tip infantil, agresivitate cu crize clastice şi tentative suicidare, precum şi comportament cameleonic în relaţiile interpersonale.

Abordarea tulburărilor de personalitate sub raport criteriologic relevă complexitatea punctelor de vedere exprimată prin modalităţile de clasificare şi încadrare bosologică. Precizarea conţinutului medical a unei entităţi clinice implică întrunirea unor criterii de validare diagnostică utilă în estimarea şi predicţia epidemiologică. Dificultăţile implicate în diagnosticarea tulburărilor de personalitate subliniază necesitatea raportării la sistemele actuale de clasificare a bolilor psihice şi, în acest sens, corelarea CIB-9 cu abordarea diagnostică multiaxială a DSM III oferă posibilitatea discutării şi reuniunii unor puncte de vedere.

Clasica personalitate schizoidă în DSM III este evaluată distinct prin bizareria conduitelor şi a gîndirii ("personalitate schizotipală"), retragerea emoţională, absenţa dorinţei contacteler sociale ("personalitate schizoidă") şi teama de respingere şi posibila critică ("personalitate evitantă") spre deosebire de CIB-9 în care personalităţile schizotipale şi schizoide sînt larg asimilate. Personalitatea antisocială, pe care tentăm a o considera forma clinică a structurii dizarmonice a personalităţii psihopatice, sinonimă cu sociopatia din CIB-9, comportă în DSM III o definiţie pur comportamentală fără luarea în consideraţie a aspectelor impulsive şi imprevizibile autodestructive. Personalităţile histrionice sînt conturate prin tendinţa la dramatizare şi perturbarea relaţiilor interpersonale spre deosebire de personalitatea dependentă care se particularizează prin criterii

de includere. Personalităţile compulsive sînt caracterizate prin prezenţa trăsăturilor psihastenice care induc trăsături de caracter şi comportament caracteristice. Referitor la noţiunea de personalitate pasiv-agresivă ea se particularizează prin agresivitate exprimată în rezistenţa pasivă, cu predilecţie în sfera socio-profesională.(7,12,13)

Fără a încerca elaborarea unor corelaţii, tentăm pe baza experienţei şi observaţiei clinice particularizarea unei "afinităţi" între anumite entităţi nosologice şi tipuri determinate de personalitate în abordarea multiaxială a DSM III. Astfel, se poate constata incidenţa crescută a tulburărilor depresive la personalităţile histrionice, obsesionale şi dependente, comparativ cu personalităţile antisociale, schizotipale şi schizoide. De asemenea, episoadele psihotice şi/sau halucinatorii apar cu frecvenţă mai mare în cazurile personalităţilor schizotipale sau schizoide, medie la personalităţile paranoice şi borderline şi rară pentru celelalte tipuri de personalitate.(8,9,11)

Aspectele de neconcordanţă între CIB-9 şi DSM III referitoare la personalităţile schizoide sînt relevate şi prin definirea din DSM III ca diagnostic de excludere, ca şi pentru personalităţile narcisiace şi pasiv-agresive la care nu se precizează cu claritate conţinutul noţional exprimat. De asemenea, se constată o limitare a concordanţei în cazul personalităţilor histrionice şi paranoiace în cele două clasificaţii, CIB-9 prezentînd criterii mai limitate ca DSM III. Pentru personalităţile compulsive, CIB-9 reliefează trăsăturile psihastenice, spre deosebire de DSM III care le prezintă ca "schemă în descrierea tulburărilor de control al impulsurilor". Referitor la personalitatea antisocială există concordanţe între criteriile de validare, prin considerarea tulburărilor comportamentale prezente în definirea din DSM III.

Lucrarea se constituie ca o notă preliminară în elaborarea unui model factorial, informaţional de diagnostic al tulburărilor de personalitate, considerînd că în vederea valorizării efortului de precizare a unei criteriologii cît mai cuprinzătoare şi veridice se impune: acurateţea diagnosticului; clarificarea noţiunilor; evaluări psihometrice cantitative prin evidenţierea tipurilor de personalitate; raportări de tip antropologic pri-

vind valorile axiologice; adîncirea studiului tulburărilor de personalitate prin folosirea metodelor clinice, longitudinale. Considerăm că aceste direcţii transdisciplinare ale cercetării privind precizarea unei criteriologii competente asupra personalităţii şi a tulburărilor clinice se pot diferenţia şi mai mult prin intermediul psihiatriei ca disciplină medicală, integrativă, antropologică şi socială (8,9).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allport G.W.: Structure et développement de la personalité Neuchâtel, Delanchaux - Niestlé, 197o.
2. Brugnon S.: Les stétiotipies diagnostiques francais des personalités pathologiques. Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie (sous la direction du dr. J.D.Guelfi), Paris V, 1983.
3. Filaux J.C.: La personalité P.U.F.,Paris,1965.
4. Golu M.,Dicu A.: Introducere în psihologie, Edit.ştiinţifică, Bucureşti, 1972.
5. Ionescu G.(sub red.) - Psihologie clinică. Edit.Acad.RSR,1985.
6. McHugh,Slavney P.R. - Les perspectives de la psychiatrie, Edit.Masson, Paris, 1986.
7. Pichot P.,Guelfi J.D. - Les DSM III devant la psychopathologie française, Masson, Paris, 1984.
8. Pirozynski T.(sub red.) - Interferenţe psihiatrice,Rev.Med. Chir.Iaşi, supliment, 1986.
9. Pirozynski T. - Elemente de psihiatrie, EDP Iaşi, 198o.
1o.Reid W.H.(edit.) - The Psychopath, Edit.Bruner-Mazel N.Y.,1978.
11.Shepherd M. (edit.by) - The Scientific Foundation of Psychiatry, Cambridge Univ.Press, 1985.
12. x x x - Troubles Mentaux: glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvieme Revision de la classification internationale des maladies, OMS, Geneve, 1979.
13. x x x - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III, American Psychiatric Association, Washington D.C., Edit.Masson, Paris, 198o.

PSIHOKINETOTERAPIA IN VIZIUNE ERGONOMICA

V.PARASCHIV , V.BEJAN
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola"Iaşi
Policlinica Balneară "Nicolina" Iaşi

Psihokinetoterapia (PKT), ca modalitate de corectare, educare sau reeditare a mecanismelor kinetice perturbate, în faza de început s-a axat mai mult pe mecanoterapie şi terapie cu accesorii, avînd totuşi marele merit de a fi făcut apel pentru prima oară în readaptarea funcţională, la mecanismele psihologice ale mişcării. Rolul analizatorului kinetic era considerat ca o sursă de a furniza creierului informaţiile prelucrate de la aparatul locomotor.Pe baza acestora sînt elaborate comenzile motrice, se realizează tonusul muscular şi postura, se efectuează controlul asupra îndeplinirii comenzilor voluntare.

In această viziune analizatorul kinetic era conceput ca o componentă de biofeed-back a servomecanismului ce reglează acţiunea motorie (1)

Structura compoziţională kinetică a unui astfel de program recuperator pentru corectarea, educarea sau reeditarea mecanismelor psihokinetice perturbate includea elemente de forţă, viteză rezistenţă şi îndemînare, punînd un accent deosebit pe deprinderile motrice, cu un repertoriu de proceduri dinamice care să asigure obţinerea unei deprinderi motrice unilaterale apoi multilaterale.

Deşi un asemenea program încorpora etapele mişcării nediferenţiate, rigide şi apoi diferenţiate, a formării şi consolidării steriotipului dinamic, de standardizare şi individualizare a mişcării, totuşi era neglijată încărcătura psihologică a situaţiei de invalidant, resimţită prin lipsa calificată a psihoterapiei şi psihoterapeutului (1).

Incercările de a aprecia mai obiectiv potenţialul aptitudinal psihomotor restant la începutul şi sfîrşitul programului recuperator a dus la concluzia că nu s-a reuşit să se beneficieze de un echipament instrumental psihomedical care să evalueze acest restant astfel ca el să poată fi comparat ori corectat cu necesarul kinetic standard al locului de muncă, cu structura de activitate profesională cerută şi impusă de procesul tehnologic.

In prezent, pentru a realiza acest obiectiv integrativ PKT primeşte un suport ştiinţific şi metodologic nou, interdisciplinar,

suportul ergonomic (2)

Programul recuperator astfel conceput, include în structura sa analitică mişcările ergonomice pe care le execută fiinţa umană pentru a realiza orice tip de activitate ocupaţională ori profesională. Testele funcţionale şi operaţionale la care sînt supuşi pacienţii în programul recuperator kinetic includ acte motorii care solicită executarea şi respectarea principiilor ergonomice ale regulilor economiei de mişcări. Trusa ergonomică (3) concepută, validată şi etalonată de noi poate realiza o diagnosticare a potenţialului kinetic restant, în diferite etape ale programului recuperator pe de o parte şi poate aprecia necesarul kinetic cerut de sistemul "om-maşină-mediu" pe de altă parte.

In faza pregătitoare a programului terapeutic kinetic şi balneofizical, în funcţie de încărcătura psihologică a structurilor de personalitate se introduce o nouă procedură, psihoterapia destructurantă (4), după modelul psihoterapiei de relaxare şi a trainigului autogen Scultz şi Jacobson, care realizează o deconectare musculare prin exerciţii de determinare a senzaţiei de greutate, o deconectare vasculară prin determinarea senzaţiei de căldură, o restabilire a controlului respiraţiei prin reglarea funcţiilor abdominale, obţinîndu-se o imagine corporală analitică şi sintetică (5).

Cadrul ergonomic al PKT, prin utilizarea principiilor ergonomice ale economiei de mişcări, oferă posibilitatea reală de integrare şi modelare funcţională a tehnicilor de transfer kinetic(6), (transferul pozitiv care înlesneşte educarea, corectarea sau reeditarea unui mecanism psihologic kinetic perturbat şi transferul negativ care îngreunează formarea unei deprinderi noi sau influenţa unei deprinderi vechi).

Programul kinetic de recuperare încă din faza de proiectare, într-o viziune rgonomică, introduce în mod intenţionat trei direcţii vectoriale de transfer:

a) Stimul kinetic 1 → răspuns kinetic 1; ceea ce determină şi răspunde printr-un transfer pozitiv, dar existent;

b) Stimul kinetic 1 → răspuns kinetic 2; adică proiectarea unui transfer kinetic negativ, dar existent;

c) Stimul kinetic 2 → răspuns kinetic 2; care nu se finalizează prin transfer, deci transferul nu are loc în programul recuperator.

PKT ergonomică recuperatorie, în afara tehnicilor de

transfer apelează la dispoziţia voluntară a comportamentului motric perturbat (7), care în viziunea autorilor se realizează după o anumită schemă de anticipare operaţională:

a) Organizarea orientării dispoziţiei voluntare spre un scop precis al comportamentului motric;

b) Mobilizarea forţelor şi resurselor întregului potenţial restant în vederea vectorizării comportamentului spre un scop kinetic recuperator;

c) Invingerea şi suportarea cît mai agreabilă prin dispoziţia voluntară a deficienţelor (în special cele de natură dolorică ori de disconfort kinetic) în vederea atingerii scopului motor;

d) Apariţia unor tulburări ale dispoziţiei kinetice care frînează dinamismul actului motor.

Tehnicile de transfer kinetic şi de orientare a compertamentului, în PKT ergonomică sînt completate şi corelate cu tehnicile de compensare kinetică (8). Multe cercetări au ridicat deseori problema dacă există posibilă compensarea la dificitul motor.

Experienţa şi cercetările noastre oferă un răspuns afirmativ, deoarece compensaţia are loc şi în procesul dezvoltării normale în condiţiile existenţei unei deosebiri şi oscilaţii individuale puternic exprimate, dar care nu ies din limitele normale.Diferite sarcini introduse în programul recuperator sînt accesibile şi cazurile cu diferite particularităţi individuale, temporare, datorită faptului că există şi alte căi şi alte posibilităţi de rezolvare a lor, înafara celor comune, cunoscute ori utilizate, zi de zi de fiecare în parte.

La specia umană nu predomină mecanismele compensatorii de specie, ca la animale, ci mecanismele individuale, închegate ca rezultat al condiţiilor obiective în care s-au dezvoltat. De aceea, terapeutul care proiectează şi recomandă un program recuperator de PKT ergonomică trebuie să ţină cont şi de următorul principiu: la om posibilităţile de compensare pe calea regenerării organice sînt limitate dar în schimb, s-au dezvoltat la maximum posibilităţile de compensare pe calea restructurării şi reorganizării funcţiilor într-un context sau într-o nouă schemă structurală.

La om nu se formează şi nu se restructurează substraturi morfologice noi dar găsim ceva în plus, pe care mizează PKT compensatorie într-o viziune ergonomică: aceleaşi procese nervoase care stau la baza dezvoltării şi activităţii omului normal şi la baza

compensaţiei funcţiilor perturbate ori tulburate. Numai că ele apar în alte relaţii, combinîndu-se într-un mod original şi se modifică schema generală a coordonării funcţionale în concordanţă cu caracterul şi gravitatea tulburărilor, cu particularităţile SNC şi cu particularităţile de personalitate ale individului.

Deci schimbările nemodinamice care au loc în cazul deficitului funcţional motor, în compensaţie, se supun legilor activităţii nervoase superioare, iar mecanismele compensatorii acelerează principii.

Terapia ocupaţională (9) ca recuperare analitică (recuperare element cu element a forţei musculare şi amplitudinii articulare, ca readaptare sintetică şi ca reantrenare la efort), în viziunea ergonomică nu rămîne la stadiul de " exersare"kinetică, sub forma de activitate ci capătă un conţinut nou. Ori ce operaţie recomandată a fi realizată de către handicapatul motor, nu este o simplă operaţie ci o metodă terapeutică de muncă în care pacientul este angajat şi obligat să respecte cu mare strictoţe principiile ergonomice ale economiei de mişcare, să materializeze combinările de mişcări, în care se finalizează transferul kinetic,orientarea voluntară a comportamentului motric şi compensarea kinetică.

Viitorul PKT trebuie să caute şi să găsească acestui ansamblu recuperator suportul şi explicaţia ştiinţifică a caracterului adaptativ şi integrativ (lo), prin calcularea unor indici de corelaţie dintre potenţialul psihomotor restant perturbat şi necesarul kinetic standard cerut de metode de muncă şi impus de structura activităţii profesionale unde va reveni persoana invalidantă.Acest lucru este posibil numai prin proiectarea unui program matematic coputerizat (11).

De asemenea, în perspectivă pentru fundamentarea ştiinţifică a mecanismului psihologic perturbat este necesar să se ofere un răspuns onest şi bine validat, mult aşteptat de echipa terapeutică recuperatorie: care ar fi ordinea kinetică optimală a unui program recuperator pentru deficitul motor la membrul superior.Este oare valabilă ordinea kinetică din ergonomie cu cea din PKT ergonomică? În acest sens trebuie detaşate elementele comune şi diferenţiale pe structuri individuale, pe grupe patologice, în funcţie de gradul intensitatea şi localizarea deficitului.

Pentru a-şi cîştiga şi consolida un caracter ergonomic integrativ socio-profesional, încă din faza de prescripţie a progra-

mului de educare, corectare şi reeditare a mecanismelor psihologice perturbate, PKT trebuie să-şi găsească un program propriu de alzo-ritmizare kinetică (12).

PKT, în viziunea sa ergonomică diferenţiată şi recuperatorie, deja uzează în faza actuală de două tipuri de învăţare motrică: educarea şi corectarea funcţională (prin readaptare funcţională) şi corectarea structurală prin utilizarea psihoprofesiogramei executantului de la locul de muncă şi programul structurat al metodei de muncă cerută de terapia ocupaţională).

Prin corectarea, educarea sau reeditarea funcţională se pune accent nu pe transmiterea de către terapeut sau recuperaţionist a programului kinetic ci pe instrumentele conceptuale de recuperare funcţională. Programarea structurală kinetică într-o viziune ergonomică exprimă o nouă concepţie despre activitatea şi actul recuperator, a cărei aplicare în practică exprimă şi permite o conturare şi organizare treptată a funcţiilor PKT (adaptativă, integrativă, compensatorie şi recuperatorie).

Corectarea funcţională iniţială introdusă în PKT ne oferă doar condiţia unei corectări, educări sau reeditări motorii,pe cînd o programare structurală recuperatorie într-o viziune ergonomică ar asigura consolidarea şi integrarea celor corectate ,educate ori reeditate.

PKT funcţională tradiţională, de obicei, ne arată unde trebuie să ajungem prin actul recuperator, pe cînd PKT ergonomică concepută printr-o programare structurală ne-ar arăta unde trebuie să ajungem mai rapid şi mai sigur la un potenţial psihomotor care să fie integrat şi sincronizat cu solicitările psihomotorii cerute de locul de muncă.

Răspunzînd la problemele şi interogaţiile pe care le propune pe viitor PKT, de fapt noi încercăm să rezolvăm anticipativ metafilaxia cazurilor cu risc ori eşec adaptativ socio-profesional prin deficit motor, care se transformă într-o etapă a ergonomiei de corecţie diferenţiată recuperatorie, care va materializa clinic, paraclinic şi la nivelul locului de muncă(13). Durata readaptării funcţionale s-ar micşora vizibil, integrarea va fi mai evidentă şi mai consolidată, transformîndu-se într-o metodă eficientă sub aspectul raportului cost-beneficiu, cu un raport optim favorabil între efortul economic investit şi efectul terapeutic integrativ obţinut.

Experienţa acumulată de PKT ergonomică concepută, validată şi practicată pe durata de cinci ani ar putea deveni un bun cîştigat de Scoala ieşeană de recuperare motorie.Incercările similare, căutate şi adunate cu grijă din bibliografia românească şi cea străină, nu au ajuns încă la un astfel de modul instrumental terapeutic cu caracter adaptativ şi integrativ ergonomic diferenţiat care să aibă la bază triada recuperaterie: corectarea, educarea şi reeditarea mecanismelor psihologice perturbate şi localizate la membrul superior.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bejan V., Paraschiv V., Cîrdei Maria, Angelescu Luminiţa:"Aprecieri asupra rezultatelor programelor de recuperare medicală la bolnavul reumatic cu duferinţe psihice şi la bolnavul psihic cu suferinţe reumatice", în vol."Sesiunea ştiinţifică" 25 ani de la înfiinţarea Centrului de Metodologie în Reumatologie", sub red. Bejan V şi Naghiu Melania, Iaşi,1986,pp.1o7-112.
2. Bejan V. Paraschiv V., Herepciuc Th.:"Psihokinetoterapia funcţională într-o viziune ergonomică", în vol.Readaptare funcţională", sub redacţia Bejan V.şi Macrinici Cecilia, vol.al XV-lea,Iaşi,1981,pp.82-91.
3. Hrimiuc V., Paraschiv V.: "Posibilităţi şi limite în investigarea şi aprecierea potenţialului psihomotor restant la bolnavul psihic cu regim instituţionalizat",(nota I şi II), Rev."Neurol. psihiatr.Neurol.," Bucureşti, 1982, nr.3 şi 1983 nr.4 pp.215-224; pp.119-13o.
4. Paraschiv V., Bejan V.: "Terapia decontracturantă - etapă pregătitoare a programului kinetic recuperater", lucrare prezentată la Consfătuirea judeţeană pe tema "Unitatea dinamică - baza fiziologică şi fiziopatologică a mişcării în recuperarea medicală", 17.1o,1986,Cluj-Napoca
5. Paraschiv V., Bejan - Azoicăi Doina:"Rolul terapiei de relaxare în contextul balneofizical", în vol." Aspecte energetice şi informaţionale în sistemele vii", vol.XXII-lea sub red.Bejan V., Gedeanu Măricara,Iaşi,1986,pp.54-59.
6. Bejan V., Paraschiv V.: "Utilizarea tehnicilor de transfer kinetic în programul recuperater de Psihokinetoterapie", în vol."Aspecte energetice şi informaţionale în sistemele vii", în vol. XXII-lea, sub redacţia Bejan V.,

Gedeanu Mărioara, Iaşi, 1986, pp.106-117.

7. Bejan V., Paraschiv V.: "Optimizarea comportamentului motric perturbat prin utilizarea tehnicilor de psihokinetoterapie", în vol."25 ani de la înfiinţarea Centrului Metodologic de Reumatologie medicală", sub red. Bejan V., Nachiu Melania, Iaşi, 1986, pp.113-121.

8. Bejan V., Paraschiv V., Barabolschi C.: "Psihokinetoterapia şi restabilirea abilităţii manuale în cazurile cu risc adaptativ prin deficit motor al membrului superior", în vol."Readaptarea funcţională", volumul al XVII-lea sub red.Bejan V., Macrinici Cecilia Iaşi, 1983, pp.134-150.

9. Paraschiv V., Cosmovici N., Selaru M., Porech L.: "Atelierul de ergoterapie industrială integratoare", în vol." "Psihoterapia integratoare", sub red.P.Brânzei, Iaşi, 1976.

10. Paraschiv V., Horopciuc Th., Bejan V.: "Perturbarea limitei de integrare a personalităţii executantului pe durata programului de lucru", în vol."Readaptare funcţională", vol.al XVII-lea sub red.Bejan V., Macrinici Cecilia, Iaşi, 1983, pp.52-68.

11. Paraschiv V., Bejan V., Chivu N., Davideanu Fl.:"Evidenţierea prin computerizare a indicilor de corelaţie dintre potenţialul kinetic restant şi necesarul kinetic standard a locului de muncă", în vol."25 ani de la înfiinţarea Centrului Metodologic de Reumatologie", Iaşi, 1986.

12. Bejan V., Paraschiv V., Bejan V.V."Psihokinetoterapia - concepţie şi metodă de reeducare a deficitului motor", lucrare prezentată la "Zilele Academiei Ieşene, 86", 10-15.11.1986.

13. Paraschiv V., Bejan V, Itu P.:"Modalităţile explorării ergonomice în condiţiile dispensarizării medicale", în vol. "Readaptare funcţională", vol.al XVI-lea, sub redacţia Bejan V., Iaşi, 1982, pp.143-152.

Scanned with OKEN Scanner

POSIBILITATI DE INTEGRARE A HANDICAPATILOR PSIHICI PRIN UTILIZAREA TEHNICILOR DE ERGONOMIE CORECTIVA DIFERENTIATA

V.PARASCHIV
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" Iaşi

Studiile de ergonomie corectivă proiectate şi implimentate într-un sector de activitate textilă, care şi-au propus drept scop optimizarea elementelor funcţionale structurate în sistemul "om-maşină-mediu", au vizat, printre altele şi posibilităţile de integrare a handicapaţilor psihici.Aceste cercetări întreprinse de o echipă ergonomică într-un sector textil au fost dirijate astfel:

1) Cercetări şi studii din domeniul ergonomiei activităţilor unde accentul s-a pus mai mult pe diagnosticarea solicitării muncii executanţilor handicapaţi cu preferinţă spre aprecierea şi cuantificarea efortului muscular, efortului psihic, vitezei mişcărilor, solicitări ale capacităţii funcţionale de atenţie, ale ritmului şi tempoului personal, dexterităţii şi coordonării manuale.Pe baza acestui diagnostic ergonomic s-au propus corecţii pentru a se obţine o adaptare mai optimă între om şi maşină.(Anexa 1).

O trăsătură distinctivă a ergonomiei de corecţie pentru cazurile cu risc adaptativ, o constituie măsurarea indirectă,prin înregistrarea cantităţii şi calităţii muncii, prin înregistrarea şi explorarea funcţională a tipurilor de modificări metabolice şi ale frecvenţei cardiace, prin indicatori de oboseală, prin probe psihologice de randament comparabile, rolul principal în cadrul echipei ergonomice revenind psihofiziologiei muncii.

Oboseala nervoasă şi fizică fiind obiectivul principal în studiile de ergonomie corectivă devine un indicator esenţial şi relativ precis al limitelor psihofiziologice a numeroaselor cercetări ce au avut drept obiectiv studiul fenomenului ca atare, al cauzelor,formelor,efectelor, oboselii şi măsurile necesare pentru prefîntîmpinarea ler (Anexa nr.2).

2) Cercetările din domeniul ergonomiei antropometrice cunoscute şi sub denumirea de studii topoergonomice au fost îndreptate mai mult spre antropometrie în scopul dimensionării optime a maşinilor, organelor şi punctelor de comandă, a mobilierului şi asupra factorilor de ambianţă fizică şi psihică. O primă direcţie a acestor studii de ergonomie corectivă a constituit-o sincronizarea dimensiunilor antropometrice cu punctele de comandă ale maşinii(atît a limitelor

absolute de variaţie, cît şi a celor medii) avînd în vedere diferenţierile mari care există între executanţi. Pe baza dimensiunilor corpului omenesc au fost corectate şi dimensionate punctele de comandă, evitîndu-se mişcările inutile pe de o parte dar şi posibilitatea proiectării unei metode de muncă unificate, cu un conţinut kinetic standard bine precizat care poate diminua fenomenul de risc adaptativ.

3) Noile caracteristici ale sistemului "Om-maşină-mediu" şi apariţia unei noi categorii de handicapaţi psihici, a impus necesitatea efectuării unor studii de ergonomie informaţională legate de specificul psihologiei muncii industriale.Cercetarea proceselo de percepţie, detecţie, discriminare, identificare şi interpretare a semnalelor, studiul proceselor de atenţie şi vigilenţă pe durata unui schimb de lucru, elementele de decizie şi gîndire,reacţiile de răspuns ale executanţilor, au fost finalizate printr-un program de corecţii ergonomice care şi-au extins aria de aplicabilitate la studiul interrelaţiilor dintre grupele de muncă, studiul comunicaţiilor şi a reglementării ritmului de muncă în cadrul liniilor tehnologice, în scopul asigurării eficienţei acestora.

Ergonomia informaţională prin studiile de corectare în special pentru situaţiile de impas adaptativ, oferă recomandări precise cu privire la dimensiunile aparatelor, amplasarea semnelor vizuale în funcţie de fluxul informaţiei şi volumul optim de informaţii (Anexa nr.4).

Din diagnosticul ergonomiei informaţionale s-a evidenţiat, doar sporadic şi existenţa unor executanţi care prezentau riscuri de adaptare dar, prin studiile efectuate nu au reuşit să găsească factorii defavorizanţi şi nu s-au oferit soluţii compensatorii, în special pentru cazurile cu perturbări ale funcţiilor psihice aptitudinale.

4) Majoritatea studiilor de ergonomie corectivă efectuate în sectorul textil au fost orientate spre cercetările de bioergonomie în care accentul s-a pus pe fenomenul de oboseală în relaţie cu durata ciclului de muncă, organizarea regimului de muncă şi odihnă, organizarea muncii în colective, în schimbul de lucru, în turele de noapte, probleme legate de selecţie, orientare şi formare profesională, fructuaţie etc., dar care au pus accent mai cu seamă pe reorientarea cazurilor cu recomandări de regim psihoprotectiv în funcţie de capacitatea restantă, după modalităţi

compensatorii şi integrative diferenţiate.Prin aceste studii s-a constatat,de exemplu că în partea a doua a programului de lucru productivitatea muncii scade, erorile şi riscurile adaptative sînt resimţite, rebuturile se măresc, timpul de execuţie diferă cu valori prea mari deşi sînt menţinute condiţiile iniţiale.Unele încercări au reuşit să delimiteze chiar curbe de randament diferenţiat pentru fiecare tip de solicitare.

Toate aceste modificări, diagnosticate de toţi specialiştii unei echipe ergonomice, au fost justificate pe bună dreptate ca modificări produse de organism în procesul de adaptare.
In studiile întreprinse însă nu s-a reuşit să se facă o distincţie ergonomică între cele patru noţiuni: asimilare, acomodare, adaptare şi integrare.

5) Studiile corective de ergonomie euristică au apărut mai recent şi şi-au propus ca scop doar stabilirea unor corelaţii şi colaborări între executant şi tabloul de comandă, în care formele de eşec adaptativ îmbracă coloratura unei suprasolicitări prin monotonie (Anexa nr.8).

6) In ultimul timp în sfera preocupărilor de ergonomie de corecţie şi-au făcut apariţia o nouă categorie de studii care şi-au propus proiectarea unor locuri de muncă după principiul profilului ergonomic diferenţiat compensator, pentru anumite categorii de handicapaţi.

Experienţa acumulată aduce argumente ştiinţifice,metodologice şi practice pentru susţinerea şi argumentarea introducerii unei noi ramuri ale ergonomiei şi anume ergonomia corectivă diferenţiată care oferă posibilităţi modeste, dar reale, de integrare a handicapaţilor în general şi a handicapaţilor psihici în particular.

Bibliografia la autor.

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE LA NIVELUL UNEI POLICLINICI

ERMINA SOROCEANU, MARIA LICIU, E.ZBRANCA

Policlinica Universitară Iaşi

Activitatea psihologului în policlinică este corelată cu cea a neuropsihiatrului, pedagogului şi logopedului, în cadrul echipei interdisciplinare, stabilind de asemenea relaţii de colaborare cu celelalte specialităţi din policlinică.

Cabinetul fiind în prezent afiliat Clinicii Endocrinologice din cadrul Spitalului clinic judeţean, ca activitate de bază cuprinde problemele de consult premarital şi sfat familial.

Adresabilitatea crescută la nivelul policlinicii determină şi diversitatea cazuistică a pacienţilor, de la formele uşoare de întîrziere în dezvoltarea psihică la deficienţa mintală de toate gradele, de la tulburările de afectivitate, la tulburările nevrotice, de comportament şi la dificultăţile de adaptare şcolară sau inserţie socială, de la problematica psihologică a copilului, la aceea a adultului.

O observaţie legată de modul de utilizare a testelor se referă la necesitatea alegerii şi adaptării acestora în funcţie de vîrstă, sex, profesie, mediu de proveniență, nivel cultural, particularităţi ale personalităţii observate la subiectul examinat; din experienţa psihologului clinician este elocventă în acest sens situaţia de examinare a unui pacient ţigan: oricît de riguros formulată ar fi cerinţa de standardizare în aplicarea unei probe, este ştiut că desfăşurarea ei nu se va realiza fără un limbaj adecvat, instrucţiuni suplimentare, aprecieri favorabile menite să stimuleze continuarea probei, o anumită largheţe (sau marjă de corecţie) în interpretarea rezultatelor.

*

* *

In general, problematica tuturor activităţilor desfăşurate la nivel practic în cadrul cabinetului psihologic din policlinică reflectă nivelul teoretic, impasul şi confruntările de idei pe care psihologia clinică le presintă.

Un impas teoretic al psihologiei este sugerat de către

Piaget, care se referă la piedicile pe care le întîmpină ştiinţele sociale în evoluţia lor epistemologică. Piaget se referă la faptul că aceste ştiinţe depind de om atît ca subiect cît şi ca obiect de studiu. Acest lucru conferă dificultăţi extraordinare experimentării în ştiinţele sociale, ceea ce frînează depăşirea anumitor stadii.

Descentrarea, necesară obiectivităţii, este mult mai dificilă din două motive: în primul rînd pentru că frontiera dintre subiectul egocentric şi subiectul epistemic este cu atît mai puţin clară, cu cît observatorul este angajat mai mult în fenomenele pe care ar trebui să le studieze din afară. În al doilea rînd, pentru că în măsura în care este mai "angajat" observatorul, este tentat să considere că recunoaşte intuitiv fenomenele şi nu ar avea nevoie de tehnici obiective (1).

Un alt impas teoretic este determinat de raportul epistemologic nomotetic-idiografic.

S-a spus că ştiinţa se ocupă numai de legi generale, de preferinţă universale. Adică ştiinţa este o disciplină nomotetică. Individualitatea nu poate fi studiată de ştiinţă, ci numai de istorie, artă sau biografie, ale căror metode nu sînt nomotetice (nu caută legi universale), ci idiografice.

În dilema referitoare la raportul dintre ştiinţă - unicitate, una dintre soluţiile propuse a fost aceea de a declara că generalitatea aparţine ştiinţei, iar individualitatea artei. Această propunere semnifică de fapt admiterea unor limite ale ştiinţei.

Psihologia este o disciplină tînără şi în mod ideal ea ar trebui să tindă spre stăpînirea desăvîrşită a fenomenelor, atît abstracte, cît şi concrete. Este prematură circumscrierea sa exclusivă la un mod nomotetic de gîndire. Trebuie să păstrăm individul în cadrul ştiinţei.

Cu un secol în urmă, psihiatrul francez E.Azam scria că ştiinţa caracterului "nu poate proceda prin generalităţi, aşa cum face psihologia, nici prin individualităţi, aşa cum face arta. Ea ocupă o poziţie intermediară" (a).

Dilema ştiinţă - unicitate poate fi abordată şi din unghiul de vedere al nivelelor de cunoaştere ale unei persoane.

Kluckhohn şi Murray consideră că fiecare om este în anumite privinţe: a, ca toţi ceilalţi oameni (norme universale);

b. ca unii oameni (norme de grup);
c. ca nici un alt om (norme idiosincratice sau individuale).

Remarcăm faptul că normele universale şi de grup constituie preocuparea ştiinţei nomotetice. Normele individuale ne conduc din nou înapoi la concepţia ştiinţei idiografice. Poziţia pe care G.Allport o susţine este aceea că psihologia personalităţii nu poate proceda numai prin generalităţi sau numai prin individualităţi, ci "ocupă o poziţie intermediară" (3) punct de vedere care - după opinia noastră - excelează prin imprecizie.

In plan concret, orientările clinice atribuie psihologului clinician sarcina de a căuta - în interesul individului implicat în situaţie - să-i descifreze "sensul, structura şi geneza", să descopere conflictele care-i motivează comportamentul, să propună şi să aplice demersurile care tind să rezolve aceste conflicte; orientarea pragmatică acordă psihologiei clinice sensul de "artă şi tehnică ce au legătură cu problemele de adaptare ale fiinţelor umane" (definiţie aparţinînd Asociaţiei americane de psihologie), context în care psihologia clinică îşi extinde domeniul de aplicaţie, despărţindu-se în fapt de neuropsihiatrie şi tinzînd a se constitui ca o tehnică a restructurării comportamentului în situaţii ce nu solicită demersul medical, cu alte cuvinte, acolo unde tulburarea se menţine la un nivel "psihologic" fără a atinge o intensitate psihotică (4).

Tot în plan aplicativ, una dintre disciplinele care se ocupă de cunoaşterea personalităţii este psihologia diferenţială (sau psihologia diferenţelor umane), apărută la începutul acestui secol şi al cărei principiu constă în raportarea dimensiunilor măsurabile ale unui individ faţă de normele de grup măsurate tot prin testare şi apreciate statistic. Rezultatele se reprezintă printr-un profil (sau psihogramă) a cărui calitate este aceea că centrează atenţia asupra unui individ în raport cu o populaţie extinsă. Dar metoda are şi limite: în primul rînd nu aflăm decît despre dimensiunile care au fost anterior alese de către investigator; o altă limită este că un profil nu ne spune nimic despre organizarea calităţilor în discuţie. Psihograma nu poate să sintetizeze; ea nu poate decît să înşire mărgele. Această sarcină a sintetizării revine psihologiei clinice.

Mulţi psihologi lucrează astăzi în "domeniul clinic" (adică în spitale, centre de asistenţă socială, şcoli, fabrici, închisori, armată). Munca lor e denumită "clinică" deoarece, ca şi medicii, au de-a face cu indivizi singulari, cărora speră să le faciliteze o adaptare mai bună şi o sănătate mentală ameliorată.

Deşi psihologul clinician are nevoie de o pregătire în domeniul psihologiei generale, fiziologice, experimentale şi sociale - toate acestea ocupîndu-se cu norme universale sau de grup - atenţia sa principală se îndreaptă spre persoana concretă care se află în faţa sa. Nu rezultă oare de aici că soluţia dilemei noastre despre unicitate a fost rezolvată, psihologul clinician fiind un specialist idiografic, în opoziţie cu toate celelalte tipuri de psihologi care sînt nomotetici? Acest lucru este parţial adevărat pentru că mulţi psihologi clinicieni nu depăşesc stadiul psihologiei diferenţiale. Ei testează şi transformă rezultatele într-un profil, iar individul ca atare este lăsat la o parte,fiind redus de fapt la o simplă aglomerare de procente.

Procesul de ponderare a rezultatelor fragmentare, de confruntare a unei dovezi cu alta şi, în final, de sintetizare a ceea ce se cunoaşte pentru a descoperi structura personală este extrem de complex.(3).

Problema în discuţie a fost exprimată odată de Sherlock Holmes, care i-a spus prietenului său, dr.Watson: "în timp ce fiecare individ este o enigmă insolubilă, în grup el devine o certitudine matematică. Niciodată nu poţi prezice ce va face un individ, dar poţi să spui cu precizie ce va face un număr mediu de persoane. Indivizii variază, dar procentajele rămîn constante".

Adevăratul scop al psihologiei clinice nu este să elaboreze predicţii ce privesc grupul, ci să prezică "ce va face un individ". In atingerea acestui ideal, uneori predicţia statistică poate ajuta, normele universale şi de grup sînt folositoare, dar nu suficiente. Pînă astăzi metodele psihologice diferenţiale au prevalat; şi în prezent, devierile de la normele universale sau de grup sînt instrumentul principal al clinicianului pentru studiul individului.

Totuşi, mulţi clinicieni simt că fiinţele umane vii nu pot fi cunoscute exclusiv prin legi statistice. Persoana este mai mult decît "un punct de intersecţie" al acestor legi.

Problema care rămîne în discuţie este dacă psihologia clinică se constituie ca ştiinţă, artă, tehnică sau metodă intuitivă. Impasul teoretic reflectat în plan practic creează nesiguranţă: oricît de numeroase ar fi testele aplicate, despărţirea de pacient ne va lăsa întotdeauna sentimentul că anumite aspecte, dintre care unele poate esenţiale, au rămas necercetate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Natansohn I.: Sociologia în impas ? Edit.Junimea, 1972.
2. Azam E.: Le caractere dans la santé et dans la maladie, Paris. Alcan, 1887.
3. Allport G.W.: Structura şi dezvoltarea personalităţii. Edit. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1981.
4. Alexandru S.: Laboratorul de psihologie clinică. Edit.ştiinţifică şi enciclopedică - Bucureşti, 1975.
5. Redacţia Mironţev-Tuculescu V., Predescu V., Oancea C.:Sănătatea mintală în lumea contemporană. Editura medicală, Bucureşti, 1986.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE SI PSIHOTERAPIEI LA NIVELUL UNEI POLICLINICI PENTRU ELEVI SI STUDENTI

CORINA GASPAR, FLORENTINA CUIA

Spitalul pentru elevi şi studenţi Iaşi

Examinarea psihologică se constituie ca o activitate complementară, dirijată în scopul integrării şi nuanţării diagnosticului cu precădere a diagnosticului psihiatric. Ea îşi propune evidenţierea personalităţii premorbide cît şi modificările suferite de aceasta prin procesul morbid. "(C.Gorgos- "Vademecum în psihiatrie").

Examinarea psihologică, ca examinare paraclinică, prin particularităţile sale, măsoară anumiţi parametri funcţionali ce se referă mai ales la unele funcţii simple ale psihismului.

La nivelul Policlinicii pentru elevi şi studenţi aceasta este o activitate desfăşurată ambulator, aflîndu-se în prima linie în lupta contra bolii, prin contactul nemijlocit şi permanent cu bolnavul.

Activitatea psihologului în cadrul Policlinicii pentru elevi şi studenţi se desfăşoară pe un domeniu de interferenţă între psihologie clinică şi psihologia şcolară. Rezultă de aici specificitatea acţiunilor întreprinse la nivelul cabinetului nostru de psihologie:

- examenul psihologic ia în considerare în special factorii psihici responsabili de handicapul şcolar al subiectului;
- demersul corectiv-recuperator cuprinde atît subiectul cît şi mediul şcolar şi familial al acestuia;
- acţiunile cu caracter psiho-profilactic sînt orientate asupra combaterii riscului de inadaptare şcolară (cu precădere la vîrsta şcolară mică (cl.I-II) şi în primele clase ale ciclului gimnazial (V-VI).

Avînd în vedere aceste domenii, activitatea noastră cuprinde:

<u>activitatea de cabinet</u>:

a) examene psihologice de nivel şi de personalitate la solicitările celorlalte cabinete din policlinică

(psihiatrie infantilă, pediatrie, endocrinologie, interne). In determinarea nivelului intelectual al subiectului o atenţie deosebită acordăm delimitării factorilor de structură de cei instructiv-educativi. De aceea, utilizăm atît probe non-verbale (RAVEN) cît şi scări de inteligenţă de tipul BINET-SIMON. De la caz la caz utilizăm WISC. In examenul personalităţii utilizăm pentru copii CAT, testul OM-ARBORE-FAMILIE. Pentru adolescent folosim mai frecvent Chestionarul de nevrozism şi intro-extraversiune al lui Eysenck, Chestionarul caracterologic al lui G.Berger, Woodwoeth, testul Lucher şi varianta Rorsach-Eysenck(coeficient global de adaptare la norma grupului), test de clasare;

b) consultaţii oferite părinţilor care se prezintă cu copii problemă (risc de eşec şcolar, tulburări de comportament, enurezis, tentative de sinucidere.

c) acţiuni individualizate de stimulare psiho-pedagogice a copiilor cu handicap şcolar determinat de factori psihologici şi psiho-sociali.

2) Activitatea de teren se desfăşoară în şcolile municipiului Iaşi în scopul prevenirii inadaptării şcolare. Sînt depistaţi şi examinaţi copii cu risc de eşec şcolar orientîndu-se procesul instructiv-educativ în funcţie de specificul cauzelor care au determinat inadaptarea. Copii al căror handicap şcolar este determinat de factori endogeni sînt luaţi în evidenţa specială a policlinicii în vederea asistenţei interdisciplinare.

Cabinetul nostru participă de asemeni, la cercetările efectuate asupra colectivelor şcolare de către Institutul de Igienă şi Sănătate Publică.

Activitatea de orientare şcolară şi profesională desfăşurată în cadrul Comisiei Judeţene de Orientare Scolară şi Profesională - ca membru permanent al Comisiei.

Am precizat încă de la început că prin examinarea psihologică se ajută la conturarea diagnosticului, în acelaşi timp prin evidenţierea celui suferind, la stabilirea căilor terapeutice celor mai adecvate.

Din activitatea practică s-a conturat o problemă la care

am căutat soluţii în colaborare cu cabinetul de psihiatrie şi şcoala. Este vorba de cazul copiilor cu dificultăţi şcolare. In această categorie am inclus copii greu adaptabili la procesul de învăţământ, cei dezadaptaţi (Oct.Ienigtea). S-au conturat cîteva categorii:

- handicapaţii informaţional (fie prin nefrecventarea învăţământului preşcolar, fie prin lipsa de interes a părinţilor faţă de elev şi trebuinţele lui culturale, fie prin nivelul cultural scăzut al familiei;
- hiperprotejaţii - copii unici, copii alintaţi sau dimpotrivă;
- carenţaţii educaţional - mediu familial handicapant: familii dezorganizate, concubinaj etc.
- dezadaptaţii- categorie extrem de numeroasă şi interesant de studiat- fenomen ce se instalează în urma survenirii unui eveniment cu rezonanţă negativă pentru subiect.

Necesitatea prezentării la medic a apărut prin instalarea modificărilor de somn, a manifestărilor enuretice nocturn diurne, a encomprezisului, a randamentului şcolar fluctuant, cu tentă descrescătoare, a modificării comportamentului faţă de colectivitate, faţă de părinţi şi cadre didactice, uneori a tentativelor autolitice. S-a constatat frecvenţa sporită a fenomenului la anii de început de ciclu: cl.I, V, IX.

Subiecţii cu asemenea probleme, în afara investigaţiilor medicale au fost supuşi şi examinării psihologice cu probe variabile, după caz. Am ales pentru ilustrare cazul a doi copii de clasa I, inadaptaţi, care la proba de inteligenţă verbală şi nonverbală au evidenţiat un intelect de limită. Cu aceştia, ambii provenind din familii dezorganizate prin divorţ, cu un număr mare de fraţi, întreţinuţi de mamă, s-a procedat la recuperare prin metode active de informare graduală, prin joc,efectuarea temelor la nivelul cabinetului, recompense morale şi materiale. S-au folosit materiale intuitive atrăgătoare, ce făceau parte din universul de cunoştinţe familiar. Acţiunea a durat doi ani. Copiii proveneau de la şcolile 37 şi3. Învăţătorii acestora au luat cunoştinţă de acţiunea în curs şi ne-au sprijinit metodic, informîndu-ne periodic asupra comportamentului

elevului la şcoală. De asemeni, aceste date au fost completate cu cele obţinute prin asistenţa la ore. Pe tot parcursul acţiuii s-a procedat la tratament medicamentos adecvat afecţiunilor copilului. La finele celor doi ani s-a putut conchide:

- promovabilitatea s-a obţinut în ambele cazuri prin integrarea elevului corect în procesul de învăţământ;
- s-au recuperat deficienţele de scris-citit prin reeducare;
- cooperarea cu elevul a luat valori puternic pozitive prin stimularea încrederii în forţele proprii şi a recompensării prin notă a efortului susţinut.

Concluziile care s-au impus prin observarea cazurilor curente precum şi prin experimentul la scară redusă (lotul a fost iniţial mai mare cuprinzînd şi elevi de clasa a V-a dar aceştia au abandonat) sînt acelea că, se impune generalizarea învăţământului preşcolar, selecţionarea riguroasă a elevilor de clasa I, o pregătire foarte atentă a cadrelor didactice din punct de vedere psiho-pedagogic şi înarmarea lor cu cunoştinţe elementare de igienă a şcolarului, o foarte strînsă legătură între şcoală-familie-instituţii de asistenţă socială.

In mare, activitatea cabinetului de psihologie presupune o activitate cu finalitate practică în scopul bunei pregătiri a subiecţilor avuţi în asistenţă cît şi a populaţiei şcolare în general în scopul integrării rapide şi corecte în activităţi social-utile, printr-o intensă colaborare interdisciplinară.

Bibliografia la autori.

CONTRIBUTII LA UNELE MODALITATI DE COMPETENTA EXPERTALA ALE PSIHODIAGNOSTICULUI CLINIC

T.PIROZYNSKI, V.PARASCHIV, H.GOTTLIEB, N.PARUS, CAROLA OFFENBERG, N.COSMOVICI, GHE.DRAGHICI, V.CHIRITA, P.BOISTEANU
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Diagnosticul medical în general şi psihodiagnosticul clinic este şi rămîne un act ştiinţific, care într-o viziune epistemiologică trebuie să îndeplinească o funcţie referenţială, explicativă, predictivă şi o funcţie sistematizatorie şi praxiologică (5).

In acest context metodologic, criteriologic şi ştiinţific, la nivelul Laboratorului central de psihologie clinică s-a impus necesitatea, ca pe lîngă celelalte instrumente de investigare psihologică existente, să mai fie proiectate, validate şi etalonate o serie de noi modalităţi pentru explorarea structurilor antropologice ale comportamentului adaptativ (11), concepute într-o manieră transdisciplinară la care au participat, deopotrivă, cadre didactice de la I.M.F.Iaşi, Clinica de psihiatrie, medici psihiatri cu o experienţă bogată în activitatea clinică şi expertală, psihologi clinicieni implicaţi şi angajaţi decizionali în psihodiagnosticul expertal, la care li s-au alăturat şi alte cadre medicale şi sanitare cu pregătire superioară.

La nivelul clinicii au fost deja puse într-un rodaj lucrativ un set instrumental utilizat şi acceptat în actul de diagnostic expertal:

1 - "Modelul psihotehnic de evaluare a potenţialului aptitudinal funcţional restant", cu o direcţionare preferenţială spre expertiza capacităţii de muncă şi solicitat la nivelul cabinetelor medicale de întreprinderi pentru recomandarea formelor de regim psiho-protectiv în cazurile şi situaţiile cu risc sau eşec adaptativ socio-profesional (6).

Insuşirea psihoindividuală care permite obţinerea rapidă a unor performanţe ridicate şi optime înseamnă potenţialitatea psihică pe care-l posedă individul sau individualitatea, persoana sau personalitatea, adică capacitatea lui. Capacitatea de muncă se exprimă prin potenţialul fizic şi psihic global al unei persoane, datorită căruia aceştia reuşeşte să-şi îndeplinească în mod eficient sarcinile. Deci, ea implică şi existenţa unui potenţial aptitudinal funcţional, adică structurile analitice aptitudinale

care există latent, fără a se manifesta în acţiune. El reprezintă raportul dintre potenţialul existent şi posibilitatea lui funcţională de a răspunde şi corespunde solicitărilor impuse de elementele funcţionale structurate în sistemul "Om-maşină-mediu".

In cazul acestui sistem capacitatea apare ca o valoare ce defineşte limita optimă de a răspunde după relaţia $C=\lim \frac{\log N(T)}{T}$ în care N reprezintă numărul şi valoarea solicitărilor standard a unei metode impuse de locul de muncă, cerută de a fi realizată în cadrul unei operaţii, într-un interval de timp T, predeterminat.

Gradul de complexitate ori de organizare a capacităţii de muncă variază în funcţie de coeficientul individual de organizare care poate fi apreciat după relaţia $C_o = \frac{A}{P}$ în care A înseamnă conţinutul standard al solicitărilor şi cerinţele asimilabile, iar P reprezintă mulţimea solicitărilor maximabile, la care potenţialul individual nu poate răspunde. Cu cît valoarea acestui raport este mai mare, gradul de organizare şi optimizare a potenţialului aptitudinal este mai mare şi invers, cu cît acest raport este mai mic cu atît probabilitatea riscului adaptativ este mai evidentă, iar în acest caz putem vorbi de existenţa unui potenţial aptitudinal funcţional restant. Un astfel de potenţial restant(12) poate fi diferenţiat printr-un "Modul psihotehnic" propus de noi în anexă care psihodiagnoticheazâ în general patru dominante structurale aptitudinale: capacitatea funcţională a atenţiei, ritmul şi tempoul personal, coordonarea prin asociere şi disociere manuală, dexteritatea digitală şi percepţia vizuală a mişcării.

Potenţialul aptitudinal funcţional restant se obţine prin aprecierea raportului dintre potenţialul existent testabil şi necesarul aptitudinal standard cerut şi impus de locul de muncă, de metoda de muncă şi de structura activităţii profesionale (9).

2 - "Detectarea precoce a deteriorării mentale în clinica psihiatrică"(7) prin utilizarea testelor neuropsihologice, structurate în două baterii, cu cîte un etalon decilic pentru fiecare grupaj în parte şi pentru întreaga baterie propusă (vezi anexa nr. 2). Utilizînd metoda bipolară parametrică şi nonparametrică, metoda determinării, metoda analizei funcţiei discriminative liniare, metoda validării predictive (4), completată cu un program de computerizare, s-a reuşit să se estimeze o notă prag minimă şi maximă a deteriorării mentale precoce, mascate, difuze şi aflată într-o fază larvată, după care se poate separa şi detaşa şi alte patru

tipuri de deterierare: lejeră, medie, gravă şi severă (anex nr.3) necesare în configurarea predicţiei discernămîntului.

Semnificaţia utilizării bateriei pentru determinarea deterierării mentale în clinica psihiatrică este dublă: pe de o parte are un caracter recuperator de asistenţă de specialitate iar pe de altă parte, asigură cadrul general de integrare cît mai completă şi complexă a capacităţii de muncă restantă, pentru cazurile cu risc şi eşec adaptativ socio-profesional- familial, printr-o suferinţă sau boală psihică (1).

3.- Scala de atitudine diferenţiată a familiei faţă de handicapatul psihic"(1e) este un instrument de tipul anchetei sociale prin care se poate preciza statutul principal ori secundar al acestuia din mai multe puncte de vedere. Se clarifică tendinţele de status dobîndit, latent, compatibil şi incompatibil, de reciprocitate şi complimentaritate, care poate fi completat cu statusul formal şi informal. Scala oferă posibilitatea de a separa şase serii de particularităţi specifice situaţiei: direcţia atitudinale, gradul atitudinal, potenţial (ca atitudini convergente şi divergente) intensitatea atitudinală familială, coerenţa atitudinală, eficacitatea atitudinală familială şi proiecţia atitudinală familială (particularităţi absolut necesare în activitatea de dispensarizare prin LSM).

Interpretarea psihologică a încărcăturii şi direcţiei atitudinale prin scala propusă ţine seama de cel puţin trei criterii: nivelul (general, global sau relativ), sensul atitudinal şi caracterul atitudinal direct ori indirect.

Scala propusă de noi, pentru a-şi spori gradul de validitate trebuie să sesizeze anumite tendinţe cum ar fi: atitudinea oscilantă, înclinarea fluctuantă spre cooperare, atitudinile nediferenţiate difuze, atitudinea de angoasă, răspunsurile atitudinale neadaptate, neconcordanţa dintre prestigiul declarativ al potenţialului atitudinal din familie, atitudinile neconcordante şi cele conciliante.

4- Investigarea experimentală a depresiei prin teste psihologice în clinica psihiatrică de către o echipă multidisciplinară a dus la necesitatea utilizării unor instrumente care să surprindă preocupările permanente ale clinicienilor şi cercetătorilor de a găsi precizări şi delimitări mai distinctive în ceea ce priveşte psihopatologia depresiilor. Această necesitate obiectivă şi coman-

dată clinic situaţional a dus la construirea, experimentarea, validarea şi etalonarea unui Inventar sinteză pentru depresie, anxietate şi reacţii neurovegetative, pe care autorii l-au denumit "Inventarul Scală D.A.N"(3).

Această scală este formată din patru subteste: cuvinte izolate, chestionar, interviu şi asociaţii de cuvinte.

Inventarul propus de autori asociat şi cu alte dispozitive testabile de investigare, în funcţie de cazuistica, oferă posibilitatea de a surprinde mai minuţios conţinutul depresiv al pacientului. In acelaşi timp poate fi utilizat în mod curent pentru precizarea psihodiagnosticului.

Scala propusă are o semnificaţie particulară prin posibilitatea de utilizare în studiile de psihofarmacologie, putînd fi evidenţiate, prin administrare înainte de tratament, în timpul tratamentului şi în final, pentru a sesiza influenţa medicamentului asupra conţinutului psihopatologic depresiv (2).

Constituirea unei noi metodologii în asistenţa psihiatrică trebuie realizată selectiv prin concepere şi elaborarea succesivă şi de consens al unor aspecte teoretice privind cercetarea medicală a particularităţilor discomportamentale în psihologia şi psihopatologia relaţională. In acest sens diversitatea echipei medicale terapeutice şi recuperatorii din clinică şi laborator a dus la crearea unor instrumente scalare absolut necesare completării şi configurării diagnosticului poliaxial expertal.

5. - La început a fost concepută, experimentată şi validată prin analiză factorială o "Scală de observaţie semiologică a riscului comportamental patologic auto şi heteroagresiv"(13), care cuprinde în structura sa constructivistă trei părţi: la început sînt consemnate datele civile şi medicale ale pacientului după care urmează patru forme de manifestare a comportamentului patologic:

- agresivitatea verbală;
- agresivitatea fizică împotriva obiectelor din jur;
- agresivitatea fizică împotriva propriei persoane;
- agresivitatea fizică împotriva altor persoane.

Ultima parte a scalei include un inventar de intervenţii în timpul actului agresiv.

Scala propusă de noi are un algorism matematic care oferă posibilitatea echipei terapeutice să aprecieze mai obiectiv încăr-

cătura ideativă, latentă ori manifestă a comportamentului patologic, pentru fiecare act agresiv în parte şi pentru toată scala în general.

Algoritmul matematic matriceal progresiv permite computerizarea materialului informaţional oferind echipei terapeutice posibilitatea de a găsi o notă prag minimă ori maximă de agresivitate, atît de necesară în psihodiagnosticul expertal medico-legal psihiatric.

6.- "Scala de evaluare a implicaţiilor medicale în alcoolism" (14,15) completează instrumentalul psihologic în noua orientare a asistenţei psihiatrice pentru cazurile cu risc comportamental patologic.

Ea oferă posibilitatea de a înregistra în mod progresiv, pe patru subclase, un număr de nouă situaţii semiologice şi clinice: motivaţia consumului de alcool, tipurile de consum, starea premorbidă a consumatorului de alcool, formele clinice de alcoolism, manifestările discomportamentale, măsurile speciale (de asistenţă), profilul psihologic al consumatorului de alcool, tratamentul prescris precum şi mijloacele recuperatorii recomandate şi urmărite prin reţeaua medicală de dispensarizare.

Corelaţiile şi distribuţiile obţinute în urma programului de prelucrare automată a datelor, conceput de autorii scalei, oferă o imagine complexă, statică şi dinamică, a implicaţiilor medicale în alcoolism, iar în final, ca notă originală, printr-o schemă propusă de tipul algoritmului matriceal progresiv se poate estima valoric o notă prag minimă sau maximă de prospectare a unei implicaţii medicale în alcoolism pentru fiecare indicator sintetic în parte şi pentru întreaga scală.

7 - Uneori stările de anxietate pot declanşa trăiri profunde reactive, simptomatice, psihopatologice, somatice şi sindromologice cu o vectorizare depresivă (ce poate fi identificată prin Inventarul D.A.N) iar uneori pot găsi o cale de ieşire, zvîcnirea şi manifestare a unei situaţii de risc comportamental (care poate fi configurat ideativ, latent ori manifest prin "Scala de observaţie semiologică a riscului comportamental patologic auto şi heteroagresiv).

In clinica psihiatrică, de obicei, se utilizează psihometrice, chestionare, mono şi multi fazice, inventare multifacteriale de anxietate iar în ultimul timp sînt preferate şi administrate

"scale de anxietate" care au un caracter analitic în conturarea psihodiagnosticului expertal.

"Scala de anxietate psihopatologică, somatică şi sindromologică"(16) a fost construită şi experimentată în Clinica de psihiatrie din Iaşi utilizînd un procedeu conceptual şi structural de analiză factorială şi alte modele de referinţe.(8)

In noua viziune a diagnosticului polisxial, Scala de anxietate propusă are o structură trichotomică: apreciază conţinutul psihopatologic al anxietăţii, detaşează configuraţia pentru diagnosticul clinic al anxietăţii somatice iar în final reuşeşte să contureze prezenţa unèr structuri sindromologice ale anxietăţii, atît de necesară în structura psihodiagnosticului expertal.

Structura elementelor funcţionale încorporate în cele 17 modalităţi de anxietate oferă clinicianului un model psihiatric de apreciere mai obiectivă şi din mai multe unghiuri de vedere, trăsăturile comune şi diferenţiate precum şi interferenţele dintre anxietatea ca stare şi anxietatea ca trăsătură de personalitate.

Pentru psihodiagnosticul expertal, analiza factorială utilizată după un program matematic computerizat aduce ca element nou calcularea valorică a unei note prag minime şi maxime de anxietate pentru fiecare sindrom în parte şi pentru întreaga scală de anxietate, pe de o parte şi o notă prag maximă de anxietate manifestă. Scala prezentată oferă echipei terapeutice un etalon clinic pentru fiecare simptom de anxietate şi pentru întreaga scală de anxietate.

Fiecare din cele trei ultime scale de evaluare şi observaţie sînt organizate printr-o aliniere orizontală de date medicale, relaţionale tip psihologice cuprinse într-un grupaj succesiv şi de aprecieri de intensitate, distincte, notificate şi dispuse în mai multe evaluări cantitative a fiecărui caz cercetat şi în final, aprecieri de acelaşi gen pentru categorii de cazuri explorate(17).

8.- O ultimă scală experimentală în psihodiagnosticul expertal e constituie "Scala de atitudini a comportamentului delicto-judiciar (18) care utilizează cinci tipologii criteriologice:

- Atitudinea fără semnificaţii pentru motivaţia comportamentului agresiv;
- Atitudinea pasivă sau indiferentă dar cu semnificaţie activă în motivaţia patologică a agresiunii;
- Atitudinea activă şi potenţatoare a motivaţiei patologice la un comportament aberant care evidenţiază potenţialul de risc;

- atitudinea patologică motivată cu inducţie activă spre conflict şi frustrare;

- atitudinea activă de inducţie patologică reciprocă, întîlnită în mediul de convieţuire a bolnavilor psihici cu evoluţie prelungită şi cuprinşi într-un regim instituţionalizat iar uneori, chiar în sfera lui.

Scalele concepute şi experimentate de noi în Clinica psihiatrică din Iaşi conferă un nou cadru şi o nouă semnificaţie medicală şi psihiatrică a conceptului de psihodiagnostic expertal, fiind considerate modalităţi de competenţă experimentală în psihodiagnostic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Ball M.J., Hachinschi V. Fox A. et alt: A new definition of Atzhsimes disease; a hipocompal demential, Lancet, 1985,14-16.
2. Chiriţă V., Cosmovici N., Boişteanu P., Pirozynski T.:"Rev.Med. Chir.Iaşi,1985,nr.4, 651-656.
3. Cosmovici N.,Chiriţă V., Cambose Emilia, Boişteanu P., Pirozynski T. Rev.Med.Chir.Iaşi,1985,nr.4,657-660.
4. Cresq L., Fendsiri J., Kehier F.: "Tests psychométriques sur micro-ordinateur. C.R: du Congres de Psych.et.Neur. de Langue Francaise, Luxemburg, 2-6 juiliet,1984, Masson ed.Paris,178-182.
5. Georgescu St.:"Epistemiologie", Ed.did.şi ped.Buc.,1978,226.
6. Gottlieb H., Paraschiv V:" Modalităţi de evaluare a capacităţii de muncă restantă în psihosindroamele nevrotice la femei" (lucrare prezentată la sesiunea de la P.Neamţ 1986).
7. Gottlieb H., Pirozynski T., Parascgiv V.:"Interferenţe psihiatrice" (sub red.T.Pirozynski); Rev.Med.Chir.,Iaşi (Supl.) 1986,304-315.
8. Heut Den Van M., Griez E.:"Acta psychiatrica belg.",1983,1,33-42.
9. Paraschiv V., Bejan V., Itu P.:"Readaptare funcţională", vol.al. XVI-lea, sub red.V:Bejan,Iaşi,1982,145-152.
10. Paraschiv V., Păruş N., Rotaru Georgeta, Offenberg Carola, Borza Lorica:"Ecosistemul relaţiei familiale şi asistenţa psihiatrică" (sub red.T.Pirozynski), I.M.F.Iaşi,1986.
11. Pirozynski T şi colaboratorii: Rev.Med.Chir.Iaşi,1987,nr.4,459.

12. Paraschiv V., Gottlieb H, Rotaru Georgeta, Chiriac Georgeta, Horopciuc Th.:" Psihiatria azi"(sub red.T.Pirozynski) 1985, Supl.la Rev.Medico-Chirurgicală.

13.Pirozynski T.,Paraschiv V., Gottlieb H., Păruş N.,Drăghici Gh. Offenberg Carola, Chiriţă V., Boişteanu P.: "Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu comportament patologic" (sub red.T.Pirozynski) I.M.F.Iaşi, Clinica de psihiatrie 1987).

14. Pirozynski T., Paraschiv V., Gottlieb H., Păruş N., Drăghici Gh., Chiriţă V., Boişteanu P.:"Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu comportament patologic"(sub red.Pirozynski T) I.M.F.Iaşi, Clinica de psihiatrie 1987.

15. Pirozynski T., Paraschiv V., Gottlieb H., Păruş N.,Drăghici Gh. Chiriţă V., Boişteanu P.:Rev.Med.Chir.Iaşi,1987,nr.4.

16. Pirozynski T., Paraschiv V., Gottlieb H., Drăghici Gh., Cesmovici N., Chiriţă V., Boişteanu P.: Rev.Med.Chir.Iaşi, 1987,4.

17. Pirozynski T. şi colaboratorii : Rev.Med.Chirurgicală Iaşi, 1987,3,457.

18. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka:"Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu comportament patologic" Sub red. T.Pirozynski, IMF Iaşi, Clinica de Psihiatrie 1987.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXAMENULUI PSIHOLOGIC IN EXPERTIZA MEDICO-LEGALA PSIHIATRICA LA ADULTI

T.PIROZYNSKI, GH.DRAGHICI, V.PARASCHIV

Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice sînt în esenţă următoarele:

- stabilirea cît mai exactă a stării de sănătate (mintală) a subiectului; diagnosticul fiind pus pe baza rezultatelor reţinute din observaţia clinică şi explorările efectuate;

- gradul în care afecţiunea psihică decelată alterează integritatea conştiinţei persoanei, a capacităţii sale de a discerne, aceste elemente ştiinţifice fiind indispensabile pentru aprecierea responsabilităţii penale de către judecător;

- recomandări terapeutice-profilactice în scopul recuperării, prevenţiei şi reintegrării socio-morale a individului.

Activităţile medico-legale psihiatrice solicită o deosebită competenţă şi stăpînirea unui bogat bagaj informativ pluridisciplinar, atît în ceea ce priveşte munca expertală propriu-zisă cît şi cercetarea teoretico-aplicativă. Problematica psihologiei şi-a găsit în această activitate o semnificativă utilitate datorită însuşi obiectului său de studiu, personalitatea şi comportamentul uman în situaţia sa particulară de inadaptare şi devianţă. In acest fel funcţionarea psihologului care prestează activităţi în cadrul comisiilor expertale a probat o reală contribuţie,atît la configurarea unor precizări diagnostice, cît şi la studiul complex şi interdisciplinar a disociabilităţii patologic motivaţiei.

In cadrul muncii expertale de echipă, competenţa psihologului presupune cunoaşterea temeinică a unor probleme de psihologie generală, de psihologie diferenţială şi tipologică, de psihologie socială, de psihopatologie şi psihologie clinică, de neuropsihologie şi bineînţeles, de psihologie judiciară. Prin activitatea expertală explorarea psihologică focalizează cu precădere personalitatea deviantului implicat judiciar. Astfel activitatea practică a psihologului este mai apropiată de psihologia clinică, mai ales în ceea ce priveşte maniera de explorare

şi psihodiagnostic.

In acelaşi timp, din constatările noastre sînt necesare cunoştinţe din domeniul psihosociologiei familiei, al psihologiei copilului şi psihopedagogiei, ca şi a psihopatologiei relaţionale, toate aceste informaţii fiind articulate la o particulară capacitate de înţelegere şi probată explicare a marii varietăţi a actelor omeneşti, fie ele normale, marginale sau cu o expresivitate cert patologică.

In sfîrşit, psihologul în mod necesar este pregătit să stăpînească temeinic metodele şi tehnicile de explorare ale specialităţii sale, să posede o mare capacitate de analiză şi sinteză în domeniul psihodiagnosticului, să cunoască la perfecţie problematica personalităţii, şi mai ales a afectivităţii şi motivaţiei, sfere profund implicate în consumarea diferitelor categorii de acte infracţionale.

In activitatea expertală curentă examinarea clinică poate fi probantă pentru soluţionarea adecvată a situaţiei analizate, dar atunci cînd se impune, analiza psihologică a cazului trebuie efectuată cu toată atenţia şi competenţa fără tentaţii psihometrice prin folosire confuză a unor probe, ce pierd din vedere persoana examinată şi complexul de împrejurări în care este plasată aceasta.

Astfel interviul clinic, observaţia pertinentă, cu consemnarea unor date semnificative reţinute şi din celelalte surse documentare şi familiare, precum şi studiul atent al comportamentului subiectului în timpul examinării se dovedesc a fi de o importanţă excepţională. Desigur, utilizarea unor teste şi chestionare psihologice se face în mod curent, dar acestea trebuie adaptate totdeauna în funcţie de personalitatea pacientului şi de obiectivele propuse după o prealabilă dar profundă examinare clinică.

Deşi reperele generale ale unei examinări, privind explorarea analitică şi sintetică a unor procese psihice sau a unor structuri de personalitate trebuie respectate, în particular accentul cade de regulă pe un aspect sau altul, acesta deţinînd o semnificativă pondere în declanşarea şi derularea unui act discomportamental concretizat în comiterea unui fapt imputabil. Dacă, de exemplu, avem de examinat o structură dizarmonică de personalitate aplicarea unui chestionar simplu sau chiar a

unei probe de eficienţă intelectuală se dovedeşte quasiinutilă întrucît personalităţile psihopate pot avea o dezvoltare intelectuală normală mai ales cu privire la aspectele vieţii şi interrelaţiilor sale obişnuite motiv pentru care, răspunderile la nişte itemi simpli pot în mod involutar distorsionate. In acest caz se impune folosirea unui chestionar complex de personalitate (MMPI) sau a unui test proiectiv (RORSCHACH, SZONDI unde simularea este exclusă, sau dacă apare dispunem de pîrghiile necesare de evidenţiere şi control. Orice explorare psihologică, implicit instrrumentele şi metodologia folosită,constituie expresia unei probităţi şi competenţe profesionale prin care se elaborează critic şi selectiv un psihodiagnostic. Chiar dacă problema explorării psihologice nu se pune întotdeauna în termeni tranşanţi, în raport cu examenul clinic psihiatric, o investigaţie psihologică competentă a personalităţii completează cu certe beneficii, examinarea psihiatrică, confirmînd diagnosticul, uneori însă ducînd şi la necesara reformulare a acestuia, prin relevarea unor date obiective cu o evidentă semnificaţie explicativă.

Examenul psihologic îşi dovedeşte o eficienţă particulară în cazul unor relaţii de grup, studiul aprofundat al personalităţii fiecărui participant, cu relevarea potenţialului de nocivitate şi inducţie, poate aduce elemente preţioase în orientarea psihodiagnosticului. De altfel, în unele cazuri dificile din această categorie se solicită uneori examinarea psihologică suplimentară şi distinctă în cadrul expertizei medico-legală psihiatrică pentru elucidarea unor aspecte particulare, semnificative implicate în etiogeneza unor acte imputabile.

Se mai impun unele precizări în legătură cu mult discutata problemă a testelor de eficienţă intelectuală, chiar dacă dimensiunile prezentei lucrări nu permit un comentariu mai larg pe această temă. Incă Binet în 1905 atrăgea atenţia că măsurarea inteligenţei este o problemă importantă, dar în acelaşi timp deosebit de dificilă, precizînd totodată că această evaluare trebuie făcută numai de către psihologi. De atunci şi pînă în prezent aceste probe, folosite cu competenţă, şi-au dovedit pe deplin utilitatea în diverse domenii şi ramuri ale psihologiei, inclusiv în clinică şi activităţile expertale.

Discuţiile provin de la neînţelegerea specificului acestor

teste dar şi de la ignorarea unor aspecte fundamentale definitiv trangate prin cercetările ulterioare.

In activitatea de expertiză nu se pune problema de a aprecia discernământul unei persoane prin evaluarea îngustă a unui coeficient intelectual, ştiut fiind faptul că nivelul acestuia nu constituie criteriul unic în relaţia comportamentală a adultului. Practic nu are importanţă dacă un QI are valoarea de 57 sau 69, acest lucru fiind semnificativ de exemplu într-o activitate de selecţie profesională, dar interesează în cel mai înalt grad dacă acesta este 48 sau 52, fiind vorba de zona de graniţă între deficienţa mintală clasică şi imbecilitate, aceasta din urmă fiind asimilată în justiţie cu noţiunea de alienaţie mintală, şi ca atare, cu absenţa responsabilităţii penale. In acest caz sînt necesare explorări suplimentare pentru precizarea gradului de deficit intelectual, şi nu numai a acestuia, mai ales cînd în cauză se află o acţiune gravă.

Pe de altă parte, experienţa şi observaţiile efectuate pe marginea folosirii acestui tip de probe în clinică a evidenţiat clar că din utilizarea lor corectă şi competentă se pot extrage preţioase informaţii cu privire nu numai la dezvoltarea intelectuală dar şi (mai ales) la alte trăsături ale personalităţii cu o mare semnificaţie psiho-diagnostică. Din acest punct de vedere se poate afirma cu certitudine că un psiholog bun poate sesiza, cu ajutorul unui test de inteligenţă, mai multe aspecte semnificative despre o structură discordantă de exemplu, decît o poate face un psiholog slab prin utilizarea unui valeros inventar de personalitate.

In sfîrşit, în cadrul acestor activităţi, explorarea afectivităţii şi motivaţiei, realizată de regulă prin metoda biografică şi prin testele proiective, are o importanţă majoră în analiza actului discomportamental, întreaga analiză raportîndu-se totdeauna la particularităţile şi împrejurările comiterii faptului imputabil, fără de care demersul explicativ ar rămîne rupt de realitatea obiectivă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Astărăstoae V., Scripcaru Gh., Pirozynski T., Cevic M., Drăghici Gh., Zbranca E.: Interferenţa ereditate-mediu şi comportamentul uman, în vol. Interferenţe psihiatrice

(red.T.Pirozynski), Rev.Med.Chir.(supliment), Iasi, 1986, pp.233-242.

2. Ciornea T.,(coord.), Medicina legală. Definiţii şi interpretări, Ed.Junimea, Iasi, 1986.

3. Leyrie Jacques, Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique, Edit.J.Vrin, Paris, 1977.

4. Lemay Michel, Psycho-patologie juvenile, vol.I (1973) şi vol.II (1974), Ed.Fleurus, Paris.

5. Pirozynski T., Scripcaru Gh.,Drăghici Gh.,Pirozynski Miarka, Preblematica personalităţii în cercetarea medico-legală psihiatrică, în vol.Criteriologie medico-legală, Iasi, 1982, pp.169-172.

6. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka,Drăghici Gh. Psihopatologia relaţională şi tanatogeneza medico-legală, Rev.Med.Chir.; Iasi, 1985, nr.1, pp.27-32.

7. Pirozynski T.,Scripcaru Gh., Gottlieb H.,Ciornea T.,Plahteanu Monica, Astărăstoae V.,,Drăghici Gh.: Activitatea expertală şi asistenţa medico-psihologică, în vol. Psihiatria azi - actualităţi şi perspective în asistenţa bolilor psihice (red.T.Pirpzynski), Iasi, 1985, pp.513-516.

8. Scripcaru Gh.,Pirozynski T.,Părug N., Gottlieb H.,Offenberg Carola, Munteanu Gh.,Drăghici Gh.,Astărăstoae V.,Ciornea T.,Proiecţia tipologică a stărilor discompertamentale, în vol. Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc compertamental patologic (sub red.T.Pirozynski) 1987 I.M.F. Iasi.

9. Scripcaru Gh.,Terbancea M., Patologie medico-legală, Edit. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983.

ASPECTE DE PSIHOLOGIE RELATIONALA IN EXPERTIZA SI EVALUAREA CAPACITATII DE MUNCA

T.PIROZYNSKI, EMILIA CAMBOSE, C.POSTELNICU
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi
Clinica de psihiatrie

Expertiza şi evaluarea capacităţii de muncă reprezintă o activitate medico-socială cu multiple aspecte şi implicaţii,capabile a se reliefa şi amplifica atît în dinamica sa intrinsecă, cît şi în evoluţia ansamblului societal al civilizaţiei contemporane.

Exigenţele mereu crescînde ale activităţilor curente de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă impun un model de abordare cu o operanţă ştiinţifică tot mai accentuată, cît şi necesitatea accentuării elementelor material-obiective ale substratului lezional al suferinţelor invalidante, prezentarea fidelă şi convingătoare pentru nucleele de decizie atît a deficitului cît şi a restantului funcţional, al perspectivelor utilizării acestora în ansamblul forţei de muncă a colectivităţilor.

In practica curentă a activităţii de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă aspectele psihologice relaţionale pe care le implică o asemenea situaţie a acestor activităţi medico-sociale, atît de frecvente în societatea contemporană, sînt în general arareori abordate în toată complexitatea interrelaţiilor lor (1).

De acord cu Florea Marin că explorările funcţionale reprezintă axa principală, un „sine qua non" al activităţii de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă, un preambul fără de care nu se poate face nici expertiza medicală şi nici recuperare medicală ştiinţific fundamentală, nu putem să nu subliniem importanţa cu o semnificaţie similară a aspectelor psihologice relaţionale, element de incluenţă hotărîtoare de aducere-readucere a persoanelor expertizate în planul realizărilor şi satisfacţiilor atît persoanele cît şi la nivel de societate (3).

Din observaţiile noastre atît la nivelul activităţilor de îngrijiri medicale primare cît şi la diverse activităţi de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă s-au diferenţiat următoarele situaţii relaţionale între subiecţii beneficiari ai

acestor prestaţii şi sistemul de asistenţă medicală curativă,recuperatorie şi de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă,situaţii avînd manifeste implicaţii de psihologie individuală, de micro-grup, instituţională şi societală:

A.1. Subiecţi cu implicaţii de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă ---- medici curanţi, instituţii medico-sanitare cu caracter terapeutic,recuperator etc.

2. Subiecţi cu implicaţii de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă ---- colective de muncă, organe administrative de la locul de muncă, comisiile de pensii şi ocrotiri sociale din întreprinderi, reţeaua de specialitate pentru expertiza şi evaluarea capacităţii de muncă.

3. Subiecţi cu implicaţii de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă ---- ansamblul societal global (foruri de decizie locale şi centrale, organe diverse de influenţă socială, organe de manipulare a opiniei publice, mijloace mass-media).

B. - Familiile (aparţinătorii) subiecţilor cu implicaţii de expertiză şi evaluarea capacităţii de muncă----------

1. reţeaua de îngrijiri medicale primare;
2. reţeaua de expertiză, evaluare şi recuperarea capacităţii de muncă;
3. ansamblul societal-global.

C. - Ansamblul societal-global (foruri de decizie, opinie publică, colective de muncă, conduceri de instituţii şi întreprinderi, reţeaua de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă, reţeaua de asistenţă curativo-profilactică)------

1. subiecţi cu implicaţii de expertiză şi recuperarea capacităţii de muncă;
2. familiile (aparţinătorii) subiecţilor susmenţionaţi.

In contextul socio-cultural contemporan cele mai frecvente aspecte privind corelaţiile dintre subiecţii cu implicaţii privind expertiza şi evaluarea capacităţii de muncă şi aspectele pe care le implică psihologia lor „subiectivă" faţă de procesul muncii sînt legate de:

1. Situaţii de incompatibilitate de diverse grade faţă de un anumit profil de muncă, sau de activitate profesională, în afara unor situaţii cu relevanţă medico-psihiatrică clinică (5).

Acestea exprimă în fapt inadaptări sau adaptări dificile faţă de anumite profile de activitate socio-profesională. Demersul solicitărilor către reţeaua medicală este explicabil prin facilitarea abordării acesteia, aspectele benefice pe care le furnizează uneori solicitanţilor, lipsa unor instituţii pentru prestaţii alternative, supravalorizarea de diverse categorii de solicitanţi a rolului medicului.

In majoritatea cazurilor asemenea situaţii s-ar putea rezolva la nivelul laboratoarelor de psiho-sociologie industrială, prin intervenţii de "inginerie socială".

Nerezolvarea la timp şi de o factură ştiinţifică comportă aspecte de afectare a producţiei prin absenteism, indisciplină, conflicte de micro-grup, abandonări nejustificate ale locului de muncă, revendicativitate, everulenţă etc. (4).

Lipsa unei stări de boală în cazul acestor solicitanţi face ca între ei şi deserventii reţelei medicale să apară situaţii de tensiune şi chiar conflictualitate.

In opinia noastră majoritatea acestor situaţii s-ar putea rezolva la nivelul comisiilor de pensii şi asigurări sociale din unităţi în colaborare cu alţi factori de influenţă şi decizie din întreprinderi, instituţii.

2. Situaţii de boli psihice constituite având relevanţe clinice psihiatrice pentru expertiza şi evaluarea capacităţii de muncă.

Cu asemenea situaţii sînt confruntate de regulă diversele verigi ale reţelei de expertiză şi recuperare a capacităţii de muncă.

Aspectele relaţionale încep şi se sfîrşesc de regulă la nivelul reţelei de îngrijiri primare cît şi cele de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă.

3. Situaţii diverse în care factorii subiectivi şi conjuncturali apar pe prim plan, asociaţi la diverse suferinţe somatice, psihoorganice şi psihice, paralel cu solicitări de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă (2).

In relaţia subiect-solicitant al unei activităţi de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă şi cadrul instituţional posibil a realiza acest deziderat, socotim necesar a avea în vedere sub aspect relaţional psihologic al deciziilor necesare a fi realizate în acest domeniu următoarele date:

I. Motivaţia pentru muncă. Aspectele psihosociologice în acest domeniu au un gradient foarte variat, de la un comportament activ, conştient până la pasivism. La toate profilele de activităţi profesionale există indivizi care se complac numai în rolul de consumatori şi pentru care obligaţiile faţă de societate tind a fi reduse numai la avantaje (5).

II. Profilul psiho-sociologic al subiecţilor cu potenţial de expertiză şi evaluare a capacităţii de muncă. Atît la nivelul activităţilor de îngrijiri primare cît şi cel de expertiză propriu-zisă este necesar a se efectua ad-hoc un studiu psihosociologic al subiecţilor în cauză. Din observaţiile noastre s-au demonstrat a fi relevante:

a) aspecte de mentalitate şi convingeri personale;

b) aspecte de psihologie de microgrup de muncă şi unitate productivă.

Opinia colectivă a anumitor categorii profesionale legat de un anumit cadru instituţional trebuie avute în vedere mai ales la anumite grupe de risc profesional, munci fizice grele etc. la fel ca şi în cele cu un nivel superior de calificare.

c) aspecte socio-culturale.

Anumite grupuri care cuprind deseori persoanele cu transfer de mediu ambiental marginalii, persoanele în jurul vîrstei 40-50 ani cu o vechime în muncă de 10-15 ani, manifestă o propensiune crescută pentru existenţa demisivă mult mai pronunţată decît alte categorii de oameni ai muncii din aceeaşi zonă.

d) aspecte concrete locale din domeniul etnografiei industriale şi psihologiei inginereşti legate de colectivele de muncă, tradiţiile lor, mentalităţile elaborate de-a lungul anilor.

III. Profilul psihomoral al solicitanţilor de prestaţii privind aprecieri şi/sau evaluări legate de capacitatea de muncă (6).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Andreeva Galina: Psychologie sociale. Editions du Progrès, Moscou, 1986.

2. Bucur Gh.E. (subredacţie) : Elemente practice de medicină a orientării şcolare şi profesionale, Editura Medicală, Bucureşti, 1986.

3. Maria Fl.(sub redacţie): Explorări morfofuncţionale în medicină; Editura Cluj-Napoca, 1981;

4. Pirozynski T.(sub redacţie): Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc compartamental patologic. Clinica de psihiatrie I.M.F.Iaşi, 1987.

5. Predescu M.: Personalitate şi aspiraţie. Editura Facla, Timişoara, 1986.

6. x x x Teorie şi metode în ştiinţele sociale. Norme, vederi, acţiuni. Editura politică, Bucureşti, 1979.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE IN ACTIVITATEA EXPERTALA MEDICO-LEGALA PSIHIATRICA PENTRU MINORI

ILEANA MÂTU, M.SELARU ,C.ROMANESCU
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" Iaşi

Datorită frecvenţei crescute a cazurilor de devianţă comportamentală din perioada infanto-juvenilă, a fost instituită o comisie autonomă pentru expertizarea medico-legală psihiatrică a minorilor. Ea se compune dintr-un medic legist, doi medici primari psihiatri şi un psiholog.

Obiectivele expertizei minorilor sînt identice cu cele ale adulţilor, particularizîndu-se prin problematica acestei etape de formare a personalităţii.

In sens larg, perioada de vîrstă cuprinsă între 14 şi 18 ani se caracterizează printr-o stare de "criză", de mutaţie a individului,, în care statutul de copil se va subordona statutului de persoană adultă şi ea se concretizează în forme variate de manifestare de la criza de independenţă la criza de autoritate, trecînd prin crize de nervi sau de angoasă. Infinitatea acestor situaţii, traducînd o problematică acută, mobilă, contradictorie şi evolutivă, creează mari dificultăţi încadrării nosografice şi prezintă un pericol psihologic crescut, reactiv sau nu, ce poate să survină asupra oricărui tip de personalitate, depăşind prin aceasta capacitatea obişnuită de control şi de adaptare psihică. Violenţa "crizei" poate semnifica, în unele cazuri trecerea la actul orientat către altul sau către sine, iar în alte cazuri ea determină o reechilibrare şi o maturizare cu valoare pozitivă post-critică, întregul proces de transformare a persoanei puttînd amprenta elementelor dominante structurale ale personalităţii.

Deoarece rezolvarea acestei situaţii de "criză" este puternic influenţată de atitudinea şi de răspunsurile mediului, înţelegerea fenomenelor psihologice caracteristice minorilor delincvenţi se impune cu necesitate şi, la acelaşi nivel de importanţă, se impune intervenţia imediată în scop terapeutic şi readaptativ.

Avînd permanent în vedere aceste exigenţe, reunind competenţa şi experienţa, cunoaşterea datelor cuprinse în dosar (ancheta socială, caracterizarea şcolară,etc.) şi un examen riguros,membrii comisiei expertale vor elabora diagnosticul şi, mai mult, un prog-

nostic asupra conduitei viitoare a minorului.

In sarcina comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică pentru minori se află, de asemenea, recomandarea asistenţei terapeutice, care cuprinde: a) măsuri psihiatrice (chimioterapie, psihoterapie, terapie ocupaţională); b) măsuri medico-sociale (stimulare intensivă psiho-pedagogică, reinserţia în grupul familial, şcolar, profesional şi social); c) măsuri coercitiv-educative juridice.

Experienţa de aproape trei ani de zile a Comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică pentru minori, ce funcţionează la nivelul Spitalului clinic de Psihiatrie "Socola", a relevat faptul că la minori comportamentul delincvenţial este expresia unui grad crescut de inadaptare şi neintegrare socială, în timp ce la adolescenţi el concretizează un fond predominant psihopatologic.

Formele dezadaptării şi ale dezintegrării sociale, exprimate în conduite deviante la minori, se diferenţiază în funcţie de persoană, tip de infracţiune, situaţie favorizantă actului infracţional, atitudinea subiectului faţă de fapta comisă şi au marca influenţelor din mediul ambiant (familie, grup de prieteni, mijloace "mass-media", etc.). Astfel, se pot nota: a) manifestări şi acte infracţionale ocazionale, întîmplătoare, săvîrşite la instigaţia altor persoane din spirit de bravadă şi teribilism; b) manifestări şi acte structurate, comise de minori cu un grad scăzut de integrare socială şi profesională sau de minori cu abateri anterioare predelincvente persistente; c) manifestări şi acte structurate, comise de minori cu un grad scăzut de integrare socială şi profesională sau de minori cu abateri anterioare predelincvente persistente ; c) manifestări şi acte recurente şi reiterative în cazul minorilor proveniţi din familii dezorganizate, cu antecedente penale, în care modelul comportamental negativ traduce criminalitate, agresivitate, alcoolism şi acte antisociale. Aceste acte reinterative au semnificaţia gravităţii şi periculozităţii sociale sporite în cazuri de tîlhărie, vătămări corporale grave ,ultraje, infracţiuni sexuale.

Predominanţa unui fond psihopatologic preexistent şi în cele mai multe cazuri diagnosticat la vîrsta adolescenţei este confirmat de faptul că deviaţia comportamentală se grefează, în cazurile întîlnite de noi, pe epilepsii, stări psihopatoide, dizarmonii ale personalităţii, hipofrenii de diferite grade, sechele meningoencefalitice, encefalite posttraumatice, dezvoltări psihotice.

S-a constatat că, în cele mai multe cazuri de delincvenţă, de la cele mai neînsemnate pînă la cele mai grave, actul infracţional a fost favorizat de ingestia etanolică în grup mai ales;mai mult chiar, s-au înregistrat şi cîteva cazuri cu polinevrită etilică (lucru nefiresc la această vîrstă).

Repartiţia pe sexe relevă predominenţa delincvenţei infanto-juvenile la subiecţii de sex masculin.

In ceea ce priveşte tipul de devianţă la minori, există o specificitate în funcţie de frecvenţa formelor de manifestare şi în funcţie de vîrstă. Astfel, cel mai frecvent tip de act infracţional este furtul, specific la vîrstele de 15,14 şi 16 ani; urmează infracţiunea de viol (17 şi 16 ani), huliganism (mai ales la 16,17 şi 15 ani), perversiuni sexuale (16,17 şi 15 ani), în mai mică măsură crimă,piromanie, trecerea frauduloasă a graniţei,conducere fără permis auto.

Expertiza medico-legală psihiatrică este un act de responsabilitate şi implică o activitate complexă care, din punct de vedere psihologic urmăreşte evaluarea particularităţilor personalităţii în scop diagnostic, prognostic şi psihoterapeutic. Examinarea psihologică presupune nu numai un demers exploratiy, ci şi intervenţia psihoterapeutică asociată acestuia sau, în unele cazuri,activitate autonomă programată atunci cînd subiecţii se află în condiţii de spitalizare.

Condiţia de bază pentru efectuarea unui examinări psihologice rigureoase o constituie internarea minorului în clinica de psihiatrie; desigur, examinarea se poate face şi ambulator, dar situaţia de spitalizare permite acomodarea subiectului la situaţia prezentă şi, de asemenea permite observarea sa, a conduitei sale în timp.

Demersul exploratiy psihologic are două obiective: evaluarea nivelului intelectiv şi a particularităţilor personalităţii subiectului examinat.

Metoda cea mai întrebuinţată pentru evaluarea performanţei şi randamentului intelectual este scala de inteligenţă pentru copii W.I.S.C.(Wechsler Intelligence Scale for Children); mult mai uşor de administrat, prezentînd şi valoarea unei obiectivităţi mai crescute deoarece nu ridică probleme de handicap informaţional subiecţiler care nu au beneficiat de condiţii optime pedagogice şi educative, se utilizează testele neverbale, cel mai cunoscut fiind Matricile progresive ale lui J.C.Raven.

Dintre tehnicile destinate surprinderii tendinţelor şi structurii de personalitate, cele mai utilizate sînt: convorbirea, chestionarele plurifazice de personalitate şi tehnicile proiective. In stabilirea diagnosticului şi a eventualelor procedee terapeutice, convorbirea este de un real ajutor; datele anamnestice dau informaţii asupra trăirilor, atitudinilor şi motivelor conduitei; iar comportamentul din timpul examinării furnizează o serie întreagă de date de observaţie.

Chestionarele de personalitate, bazate pe capacitatea de autoapreciere obiectivă, pot constitui moduri de orientare asupra profilului individual; experienţa noastră a pus în evidenţă faptul că în cazul minorilor delincvenţi (şi nu numai la aceste cazuri) rezultatele obţinute sînt invalidate de o serie de factori, dintre care: nivelul intelectual scăzut asociat cu o slabă comprehensivitate a itemilor, subaprecierea de către subiect a sarcinii impuse de test, tendinţa de a da răspunsuri concordante cu situaţiile de normalitate nu întotdeauna specifice subiectului în cauză, coeficientul de sinceritate scăzut în unele cazuri, tendinţe de simulare şi disimulare, etc. Desigur, corelarea mai multor probe de tipul chestionarului cu teste proiective este necesară pentru validarea rezultatelor. Dintre chestionarele de personalitate cele mai utilizate, menţionăm Chestionarul W.M.(Woodwerth-Matthews), Chestionarul P.A.(Personalităţi accentuate) al lui Leonhard, Chestionarul Eysenck, J.E.P.Q.((Juniors Eysenck Personality Questionnaire). Trebuie spus că, deoarece problematica subiecţilor care se prezintă la expertiza m edico-legală psihiatrică pentru minori se situează la graniţa dintre copilărie şi vîrsta adultă, am constatat că este mai indicată aplicarea inventarelor de personalitate pentru adulţi, cele elaborate special pentru copii depăşind aria preocupărilor acestora.

Tehnicile proiective ne ajută în măsură mult mai mare în surprinderea tendinţelor profunde ale personalităţii în interrelaţiile lor dinamice. Cu toate neajunsurile lor, totuşi ele prezintă caracteristici ce le diferenţiază net de celelalte metode de explorare a personalităţii: subiectul nu este nici-odată conştient de semnificaţia psihologică a răspunsului său, deci intervenţia simulativă, disimulativă sau suprasimulativă este exclusă; un singur stimul poate provoca o multitudine de răspunsuri posibile; interpretarea unui element comportamental antrenează participarea con-

textului, dat fiind faptul că un anumit răspuns nu are o semnificaţie univocă. Tehnicile proiective cele mai frecvent aplicate minorilor delincvenţi sînt: Testul de diagnostic pulsional al lui Szondi, Testul de frustrare al lui Rozenzwieg (Picture Fristration Test), T.A.T.(Thematic Apperception Test) al lui H.A. Murray, Testul arborelui al lui Koch, Testul familiei.

Nu de puţine ori, psihologii trebuie să asocieze demersul explorativ propriu-zis cu intervenţia psihoterapeutică, în cele mai multe cazuri de susţinere şi, atunci cînd condiţiile o permit,subiectul beneficiază de un program psihoterapeutic; menţionăm că în clinica de pedopsihiatrie, pacienţii sînt antrenaţi în programe psihoterapeutice de grup şi de terapie ocupaţională.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Banciu D, Rădulescu S.M., Voicu M: Introducere în sociologia devianţei,Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti,1985.
2. Breton J., Rudler M : La formation àla pratique de l'expertise psychiatrique et de l'examin medico-psychologique, în J.Med.Légale-Droit méd. 1986,6.
3. Dragomirescu V.: Psihologia comportamentului deviant, Edit. Stiinţifică şi Enciclopedică Bucureşti,1976.
4. Ionescu G (coord.) - Psihologie clinică,Ed.Academiei RSR,Bucureşti,1985.
5. Pouget R - Etihique et expertise psychiatrique, Actual.psychiat. 1987,3.
6. Spînoiu,Georgeta Dan - Atitudinea adolescenţilor faţă de normele juridice, Rev.Psihol.1986,32.
7. Vedrinne J., Elchardus J.M, Vialle F - Actes délinquantiels de l'adolescent et pathologie de crise, în de J.Méd. Leg - Droit médical,1985,4.

DIAGNOSTICAREA SIMULARII PRIN BOLI PSIHICE CU AJUTORUL CHESTIONARELOR DE PERSONALITATE

ARGENTINA BOLEA

Laboratorul de sănătate mintală Botoşani

Simularea este intenţia unui individ sănătos de a apărea ca un om bolnav prin imitarea, crearea tulburărilor somatice sau psihice unei boli inexistente, în scopul de a duce conştient în eroare şi a obţine un avantaj oarecare (ex: concedii medicale, pensii, prime de asigurare, neefectuarea serviciului militar etc.). Minciuna (comunicată prin limbaj) adevărul falsificat afirmat, adevărul tăinuit sînt forme de simulare. Exagerarea sau inhibarea expresiei emoţionale în dragoste sau ură, surîsul convenţional înseamnă ascunderea adevăratelor sentimente.

In orice tip de simulare există un anumit grad de intenţionalitate, în a înşela.

Mai mult sau mai puţin justificată, simularea are o semnificaţie socială.

Pentru a surprinde ceea ce se încearcă a fi ascuns este necesară o metodică fină, adecvată.

De obicei simulanţii sînt indivizi lipsiţi de calităţi morale, leneşi, declasaţi social. Cel mai adesea simularea apare la delincvenţii infractori sau indivizi cu manifestări antisociale care doresc să scape de pedeapsă sau să obţină o condamnare mai uşoară.

Dintre bolile simulate numărul cel mai mare îl deţin bolile psihice sau stările psihice marginale.

Este ştiut faptul că simularea fidelă a simptomatologiei unei boli psihice este un,lucru greu de realizat. El necesită cunoştinţe, încordare, perseverenţă. Mulţi din cei care încearcă să simuleze o boală psihică se pregătesc dinainte, consultînd literatură de specialitate. Cu toate acestea ei nu reuşesc să contureze un tablou psihiatric de boală; realizarea unei stări psihiatrice patente ca agitaţia psihomotorie, delirul şi confuzia, melancolia etc. fiind dificil de realizat; simptomele vor fi artificiale legate între ele. In simulare, delirul va fi mai sărac decît delirul patologic, halucinaţiile neînsoţite de

anxietatea specifică, starea de agitaţie nu va avea resurse suficiente şi va scădea în intensitate pînă la dispariţie, iar "epilepticul" îşi va alege cu precauţie locul căderii.

Frecvent simulată este oligofrenia, cînd subiecţii (mulţi de la Centrul Militar) iau atitudini optuze prin răspunsuri "alături" de întrebarea pusă, răspund "nu ştiu" la întrebări simple sau se lasă sugerat de întrebări.

Printr-un examen clinic atent, prin teste psihometrice analiza datelor din anamneză (şcolarizare, profesie) simularea poate fi cu uşurinţă detectată.

Simularea este uneori simplu de descoperit, pe calea logicii elementare, datorită caracterului absurd al afirmaţiilor, al contradicţiilor din relatările subiectului. Prin întrebări puse cu tact prin urmărirea comportamentului expresiv, mimică, gesturi, reacţii involuntare, culoarea feţei, poate fi depistată încercarea de inducere în eroare.

Această cale de investigare dă uneori rezultate bune la o anumită categorie de subiecţi (de obicei la subiecţi cu un nivel scăzut de instruire şi cu autocontrol redus) la alţii cu autocontrol în manifestările exterioare, descoperirea simulării se face incert, la alţii fiind chiar imposibilă.

In aceste cazuri pentru detectarea simulării trebuie căutaţi alţi indicatori.

In cazuri infracţionale importante se foloseşte în prezent tot mai mult metoda poligrafică de înregistrare a modificărilor fiziologice ale organismului în timpul variatelor stări emoţionale care însoţesc simularea.

Tehnica diagnosticării simulaţiei prin metoda poligrafică (cu aşa numitul "detectorul de minciuni") nu este încă standardizată şi nici la îndemîna oricui.

In diagnosticul simulării o importanţă deosebită o are cunoaşterea personalităţii simulatorului.

Rezultatele chestionarelor de personalitate sînt demne de încredere în măsura în care subiectul răspunde cu sinceritate la întrebări. Există însă numeroase situaţii care determină falsificarea răspunsurilor fie deliberat cînd subiectul are interesul să apară într-o lumină favorabilă sau nefavorabilă, fie nedeliberat cum este cazul nevroticilor sau psihoticilor care tind

să-şi interpreteze într-o altă lumină conduita şi trăirile.

Pentru a preveni falsitatea scorurilor s-a pus problema includerii în aceste chestionare a scalelor speciale de detecţie a unor disimulări reuşite.

Astfel inventarul de personalitate multifazic Minnesota (M.M.P.I.) cuprinde pe lîngă cele 9 scări de bază numite scări clinice (sau patologice) şi 4 scări de validare prin care se determină atitudinea subiectului faţă de probă, sinceritatea lui, înţelegerea instrucţiei şi întrebărilor.

Scara "Nu pot să mă pronunţ" ("sau ?") indică numărul de afirmaţii pe care subiectul nu le-a grupat nici la categoria celor false nici la categoria celor adevărate. Se consideră că o cotă ridicată (mai mare de 1o omisiuni) scade mult validitatea întregii examinări.

Rezultatul "scării" ? în sine poate furniza o indicaţie privind factorii de personalitate. Rezultate cu valoare mare s-au obţinut deseori la psihastenici şi deprimaţii inhibaţi.

Scara "L" (lie: minciună) cuprinde 15 afirmaţii referitoare la unele defecte răspîndite, admise de normali aproape în unanimitate ca fiind adevărate. De exmplu, un subiect care caută să se prezinte într-o lumină favorabilă va declara false astfel de afirmaţii: "Nu spun întotdeauna adevărul", "Hareori las pe mîine ceea ce trebuie să fac azi", "Deprinderile mele la masă nu sînt întotdeauna la fel de bune acasă ca şi în societate".

Scara minciunii permite să se aprecieze în ce măsură se străduieşte subiectul să falsifice rezultatele, alegînd răspunsurile care îl pun în lumina cea mai favorabilă din punct de vedere social. Un rezultat L indicat ca valoare nu invalidează complet celelalte rezultate, ci indică că notele reale sînt probabil superioare celor efectiv obţinute. In unele cazuri, scara L poate prezenta un interes în sine ca indicator al tendinţei către minciună.

Scara K măsoară atitudinea subiectului faţă de test. Un rezultat K ridicat indică o atitudine de apărare a subiectului în faţa testului, atitudine care poate merge pînă la deformare voită în scopul de a se prezenta sub un aspect mai "normal". K cu valoare mică înseamnă subiect sincer, accesibil pentru a admite simptome; sau voinţa expresă a subiectului de a obţine

rezultate proaste "de a se prezenta mai în negru". Rezultatele obţinute la scara K dau indicaţii în plus şi pentru unele din scările clinice şi servesc la "corecţia" cotelor respective.

Scara F indică o tendinţă contrară celei puse în evidenţă prin L.şi K. Aici unele persoane, în loc să nege aspectele patologice sau deficitare, le exagerează (de exemplu atunci cînd doresc să simuleze un sindrom psihiatric, cînd sînt foarte excentrice). Scara este însă astfel construită încît conturează moduri patologice de conduită, dar combinate într-o manieră care nu apare în vreun tip de anormalitate. Scara de validare F permite să se controleze validitatea ansamblului testului. Dacă rezultatul F este mare ca valoare celelalte scări nu sînt probabil valabile; fie că subiectul a fost neatent, superficial sau incapabil să înţeleagă întrebările, fie că s-au făcut erori importante la despuiere sau cotare. Un rezultat F redus constituie o excelentă indicaţie a caracterului logic şi relativ pertinent al răspunsurilor subiectului. Valoarea lui F poate să fie crescută şi cînd celelalte scări au valoare crescută. De exemplu, dacă scările Sc şi Pa sînt mari şi F este mare, ceea ce indică un bolnav psihic grav. Dar dacă F este mai mare decît toate scările, atunci subiectul nu prezintă garanţia răspunsului.

Diferenţa F-K în note bune este de asemeni un indice al sincerităţii subiectului; o deviere însemnată în sens pozitiv relevă o falsificare a răspunsurilor în scopul de a se prezenta într-o lumină defavorabilă în timp ce o deviere în sens negativ relevă efortul de a minimaliza şi un trucaj în sens favorabil.

Si dif.K-L exprimă "tendinţa de a minţi" şi o apărare perceptivă.

Completările nesincere pot fi deduse şi din caracterul atipic al profilului obţinut la cele 9 scări clinice.

De o circulaţie necunoscută sînt şi scalele minciunii din cadrul testelor de personalitate M.P.I. E.P.I. Eysenk precum şi testul pentru copii I.M.P.I.

In cunoaşterea personalităţii simulatorului pot fi utilizate tehnicile proiective, care constau în prezentarea unor stimuli cît mai nestructuraţi, mai ambigui sau a unor stimuli incompleţi. In efortul de a structura materialul prezentat, de a găsi semnificaţia lui sau a-l întregi, subiectul proiectează

asupra stimulului propriile sale interese, aspiraţii, atitudini, conflicte, mod de a gîndi. Situaţia în care este pus subiectul este de aşa natură, încît el nu-şi dă seama nici de scopul în care sînt puse întrebările, nici de modul cum pot fi interpretate răspunsurile, ceea ce reduce în mod simţitor intervenţia simulării.

Avantajele T.A.T.(test de apercepţie tematică) ca şi al Rorschach-ului este să se evite mecanismul de autoapărare. In T.A.T.- subiectul atribuie personajului idei, sentimente etc., pe care nu le-ar admite (din ruşine sau teamă) că ar fi ale sale, sau de care nu este pe deplin conştient.

I.A.Schwartz foloseşte imaginile cu situaţii sociale ca punct de plecare pentru a realiza interviul psihiatric al tinerilor delincvenţi.

Testele situaţionale, interesante prin originalitatea lor, dar care se găsesc încă într-o fază incipientă sînt teste de înşelăciune, minciună, furt.

Subiectului i se oferă ocazia de a-şi ameliora rezultatele nebănuind că este urmărit şi detectat în activităţi cu caracter sportiv, în teme de acasă, în joc.

La indivizi cu pregătire intelectuală superioară simularea este mai aproape de simptomatologia reală. Cînd sînt îndoieli asupra diagnosticului se recomandă internarea individului într-un serviciu de specialitate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Ciofu I.: Comportamentul simulat, Edit.Medicală Bucureşti, 1974.
2. Dănescu Gh.,Tomorug E.: Probleme judiciare în psihiatrie, Edit.Medicală, Bucureşti, 1973.
3. Pirozynski T. (sub red,): Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic, I.M.F. Iaşi, 1987.
4. Scripcaru Gh.,Terbancea M.: Patologie medico-legală Bucureşti, 1978.
5. Rogca Mariana: Metode de psihodiagnostic Edit.Medicală, Bucureşti, 1972.

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE LA O CAZUISTICA DELICTO-JUDICIARA

V.PARASCHIV, V.POPA

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iasi

Delincventa reprezintă un fenomen complex, tradus prin conduite de antisocialitate, fenomen a cărui aprofundare invită la cercetarea cauzelor şi condiţiilor de apariţie a formelor de inadaptare, la copii şi tineri, precum şi la structurarea şi cronicizarea la adult a tulburărilor de personalitate care duc la infracţiune. Se constată că diversitatea comportamentului delictual exprimă trăsăturile disfuncţionale ale acelor personalităţi care prezintă tulburări caracteristice cu puternic ecou antisocial şi la care agresivitatea se constituie ca formă bazală de afirmare social-negativă.

Discutarea fenomenului infracţional şi a implicaţiilor sale în plan social, psihologic, medical, juridic suscită interesul dezbaterii unui fenomen particular - reiterarea deviantă - etiologia acestei forme de manifestare delictuală care îşi are izvorul, aşa cum susţin specialiştii în structura dizarmonică a personalităţii infractorului. Cesare Lombroso cu un secol în urmă lansase ideea criminalităţii înnăscute. El a pus accentul pe unele particularităţi somatice ale individului de unde a dedus şi calităţile psihice ale acestuia. Căutînd o bază materială pentru explicarea comportamentului delictual Lomboso a greşit cînd a afirmat că marii criminali nu aparţin speciei umane, ci unei specii degenerate. Canapa, sintetizînd datele rezultate din cercetarea a mii de infractori, arată că inadaptarea la delincvent se caracterizează prin impulsivitate, indiferenţă afectivă şi egocentrism, agresivitate mărită, opoziţie şi scepticism. Acelaşi autor arată că recidiviştii au tendinţa de a percepe deformat realitatea manifestînd incertitudine interioară şi indecizie. Ernest de Graef constată că există un nucleu central al personalităţii infractorului axat pe agresivitate, egocentrism, inaptitudine de a se organiza pe durate lungi şi indiferenţă afectivă. Pinatel susţine că infractorului nu-i pasă de oprobiul social, este neimpresionabil şi se manifestă egocentric în relaţiile cu cei

din jur. Virgil Dragomirescu cercetînd personalitatea infractorului recidivist subliniază trăsăturile: trăiri spectaculare, risc, se consideră o persoană cu însuşiri deosebite, superior. De asemenea manifestă tendinţa de a aplica violenţa şi de a domina prin orice mijloace.

Cercetările noastre evocă puternic aceste trăsături de personalitate. Investigaţiile la care au fost antrenaţi un număr de cazuri au arătat o mare varietate şi gradualitate a unor trăsături de personalitate structurate în jurul unor caracteristici tipice. Examinarea psihologică coroborată cu cercetarea antecedentelor medico-psihiatrice şi observarea comportamentului relaţional a unui lot de 280 cazuri de devianţă reiterată relevă faptul că 72% prezintă un potenţial infracţional ridicat implicînd dificultăţi în munca de reeducare şi recuperare. 35% din cazuri au suferit peste 10 condamnări iar 24% între 5 şi 10 condamnări.

Imaginea comportamentului cu implicaţii judiciare îndeosebi a celui recidivist, relevă următoarele trăsături: 1. nu realizează consecinţa actului antisocial distructiv; 2. trăieşte în şi prin devianţă creindu-şi în permanenţă situaţii deviante; 3. manifestă amoralitate şi imoralitate malignă. 4. este labil emoţional, pervers. 5. manifestă intoleranţă la frustraţie şi o reactivitate marcată prin opoziţionism.

Efortul psihologului se centrează asupra organizării actelor de reeducare în baza explorării sistemice a resurselor educaţionale şi a factorilor care au generat comportamentul delictual pentru a institui în mod necesar modele practice de acţiune reeducativă.

De aici, se instituie ideea că reconstruirea normelor pozitive, interiorizate, reprezintă un proces controlat, iar întărirea acestora se realizează treptat, acţiunile reeducaţionale concurînd la etenuarea ori desfiinţarea cauzelor care produc devianţa, prin limbaje de educaţie capabile să influenţeze mecanismele psihologice responsabile. Desigur, valorile care se asociază personalităţii lor explorate au un statut de marginalitate.Activitatea reeducativă trebuie să conveargă spre restructurarea sistemului de valori către realizarea unor mecanisme compensatorii capabile să producă recuperarea. De aceea intervenţia se face prin redistribuirea limbajelor structurale ale individului,

Scanned with OKEN Scanner

în limite rezonabile, astfel încît să facă persoana în cauză să accepte o nouă ierarhie de valori în peisajul existenţei lui, care se deosebeşte în mod esenţial de perioadele anterioare de viaţă. Aceasta în scopul obţinerii comportamentelor dorite.Desigur, actul reeducaţional recuperatoriu implică ideea reconstrucţiei existenţiale,act care se realizează prin muncă, regim, constrîngere etc. Inainte de toate, e necesară cunoaşterea individului şi, corelat acesteia, psihoterapia. E lesne de înţeles că paleta tulburărilor caracteriale a cazurilor e foarte complexă, iar modul de manifestare delimitează o tipologie. Revendicativii, cverulenţii, astenicii, demonstrativii, depresivii, excitabilii, distimicii, impulsivii reclamă un comportament specific, comportament care converge spre deteriorarea relaţiilor de grup. Neintegrabil în grupul constituit, dizarmonicul este o permanentă sursă de conflict, se menţine în sfera „cazului problemă sau greu educabil", constituind un ferment de disoluţie a grupului.

Rezultatele explorării personalităţii pot fi evidente iar intervenţia psihologului educator este utilă. In activitatea curentă apare necesitatea psihodiagnosticului de urgenţă. Coroborarea datelor oferite cu cele obţinute din anamneză şi cu rezultatele unor teste de personalitate oferă un portret al cazului în lucru. Se ştie că nici un test, nici o baterie de teste nu poate să dea o cunoaştere adecvată a personalităţii în multiplicitatea şi unitatea ei. Considerăm că psihologia acestor cazuri se pretează investigaţiei structurilor profunde, de aceea folosirea testelor proiective (Szondi, Lüscher Rorschach, T.A.T.,Koch-Stora, Rosensweig),care furnizează elemente privind natura tulburărilor bazale ale Eului, precum şi a factorilor care intervin şi perturbă psihogeneza persoanei este de mare utilitate. De asemenea investigaţiile pe loturi mari sprijină efectuarea unor generalizări. Aplicarea testului Szondi la un număr de 285 subiecţi, şi structurarea lotului pe patru grupe după criteriul potenţialului distructiv-delictual, relevă diferenţieri cantitative şi calitative a unor reacţii pulsionale. Un diagnostic profund, rezultat prin aplicarea succesivă a testului de zece ori, pe un lot de 8o de subiecţi, permite stabilirea elementelor bazale a personalităţii, raportate la factori, vectori şi clase pulsionale. Exemplificăm: factorul h+ (exprimînd nevoia de tan-

dreţe) pe întregul lot este prezent la 73% din cazuri, la homosexuali obţinem 84% iar la criminali 57%. Semnificativă este şi nevoia e- (acumulare de efecte brutale) la criminali 57% iar la homosexuali, 28%.

Utilizăm de asemenea cu încredere chestionarele Catell, Eysenck, Inventarul de personalitate C.P.I., Inventarul M.M.P.I., G.Z.,E.P.I., P.N.P., W.M., P.A.

In concluzie o metodologie a reeducării presupune studiul delictului, a etiologiei acestuia la care se adaugă examenul psihologic şi evidenţierea punctelor de contact a modurilor posibile de comunicare spre deziderateul ideal, obţinerea timpului T zero de reeducare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bogdan T.: Aspecte psihologice, pedagogice şi sociologice ale reeducării. Edit. Dir. Penit.,1979.
2. Dragomirescu V.: Psihosociologia comportamentului deviant, Edit.ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1976.
3. Dănescu Gh., Tomorug E.: Probleme judiciare în psihiatrie, Edit.Medicală, Bucureşti, 1973.
4. Leonard K.: Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură, Edit.ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1979.
5. Necşulea D.: Aspecte psihologice, pedagogice şi sociologice ale reeducării, Edit.Dir.Penit. 1979.
6. Szondi L.: Diagnostic éxperimental des pulsions. Edit PUF, Paris, 1952.
7. Myra y Lopez E.: Manuel de Psychologie juridique, Edit.PUF, Paris, 1959.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE IN CLINICA CONJUGOPATIILOR

GH.DRAGHICI, V.PARASCHIV
Laboratorul exterior de medicină-Legală
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola"Iaşi

Datorită rolului şi semnificaţiilor majore, pe care le deţine în sistemul social, familia, cu întreaga ei problematică, se menţine în continuare în atenţia specialiştilor din diverse domenii de activitate social-ştiinţifică, inclusiv la nivelul unor organisme internaţionale afiliate O.N.U.

In contextul acestor direcţii de cercetare pluridisciplinară, medicina şi psihologia, pentru care sistemul familial întruneşte condiţiile unei unităţi funcţionale de bază în asistenţa stării de sănătate, şi-au probat nu de puţine ori apertul la elucidarea unor aspecte semnificative privind viaţa conjugală, elemente ce intră în mod firesc în sfera lor de interes ştiinţific.Intre aceste probleme,studiul familiei funcţional dezorganizate implică analiza unor factori şi situaţii cu potenţial perturbator,pentru echilibrul intrafamilial, între care semnalăm alcoolismul, patologia mintală, tulburările de ceabitare,violenţa şi conflictele conjugale,diferitele tipuri de conjugopatii etc.

Structura şi funcţiile familiei sînt condiţionate de o multitudine de factori, între care, rolul componenţilor grupului familial, tipul de comportament procreativ, forma de exprimare a autorităţii, nevoia de securitate emoţional-afectivă, stabilitatea economică şi conjugală etc. deţine o semnificativă valoare.Caracterul interrelaţiilor conjugale şi al climatului psihoafectiv creat se exprimă nemijlocit stît în cadrul grupului familial cît şi în raporturile cu ambianţa, în acest sens adoptîndu-se modele diferite de informare, comunicare,educaţie,participare socială,etc. Toate aceste aspecte, care influenţează pregnant starea de sănătate familială, devine obiect al cercetării medico-psihologice,în accepţiunea modernă privind conţinutul specific şi promovarea acestor orientări şi modalităţi de studiu şi intervenţie în viaţa comunitară.

In concepţia OMS sănătatea conjugală reprezintă un proces de homeostazie bazat pe complementarea dorinţelor,pe corespondenţa şi disponibilitatea pentru ajustări şi compromisuri reciproce,conjugalitatea fiind de fapt un acord biologic, caracterial, intelec-

tual şi cultural-valoric care menţine unitatea şi sănătatea familiei, asigură transmiterea valorilor prin intermediul copiilor şi contribuie la realizarea progresului social.Acest acord însă nu se realizează totdeauna pe deplin şi de la sine, în realitate unitatea structural-funcţională a familiei fiind deseori perturbată de riscul unor conflicte şi frustrări diverse,de factură bio-medicală psiho-afectivă, socio-economică şi moral-valorică, multe cupluri ajungînd în situaţia de impas sau chiar de criză. In acest sens un gînditor se întreba cu o relativă îndreptăţire dacă nu cumva familia tinde să devină o instituţie cu tot mai puţini slujitori.

Conjugopatiile pot fi definite ca incompatibilităţi relaţionale cu un substrat motivaţional complex şi polimorf, în care motivele dominate se relevă a fi uneori de ordin bio-medical şi psiho-comportamental, alteori de factură socio-economică, etico-morală, religioasă,etc. Conjugopatiile pot fi absolute sau relative,marginale sau asociale, biomedicale (inadaptare socială) psihologice infidelitate, boli psihosomatice,incompatibilităţi caracteriale),sau axiologice (disnonanţe valorice, principii educative inadecvate sau nocive). Uneori patologia dizarmoniilor conjugale se structurează în sindroame specifice cum ar fi: psihosindroame nevrotice reactive prin tensiuni reciproce consecutive climatului conflictual; dezvoltări discomportamentale de aversiune şi violenţă cu acte de hetero şi autoagresivitate; alcoolism individual sau de cuplu, cu exacerbarea trăsăturilor egofilice,psihopatizarea personalităţii sau chiar evoluţia psihotică, dezvoltări delirante cu trăiri victimologice rebele; tensiuni conflictuale grave şi persistente cu efecte iremediabile de segregare.

Explorarea biomedicală şi psihologică a relaţiilor intrafamiliale (în special a celor dezorganizate) întîmpină deseori dificultăţi notabile datorită caracterului specific al acestora,pentru preîntîmpinarea îndoielilor şi opoziţiei cuplului, cercetătorului fiindu-i necesare, pe lîngă o solidă pregătire ştiinţifică, şi calităţi empatice deosebite. De aceea explorarea medico-psihologică a familiei se realizează de regulă pornind de la caracterul influenţelor reciproce în cadrul cuplului,obiectivate în actele de conduită ale partenerilor şi copiilor.

Observaţiile noastre pluridisciplinare,într-o îndelungată perioadă de timp şi pe un lot puternic semnificativ de cupluri dezorganizate,extrase cu precădere din activitatea expertală

medico-legală au relevat, printre altele;

- conjugopatiile pot surveni indiferent de vîrsta partenerilor la căsătorie; precum şi la vechimi variabile ale căsătoriei;

- conjugopatiile apar în ferme identificabile, indiferent de categoria profesională.

- conjugopatiile au intensităţi diferite, mergînd de la interiorizare tacitumă pînă la exteriorizare estilă.

- conjugopatiile duc la devalorizarea partenerului prin atribuirea de către celălalt a unor calităţi negative, şi în consecinţă la deteriorarea relaţiilor conjugale.

- distorsiunea relaţiilor de cuplu e sesizată de regulă mai întîi de femeie, datorită particularităţilor sale psiho-comportamentale, care solicită sprijin în funcţie de priceperile şi convingerile sale.

- conjugopatiile duc frecvent la hipogenitalism, la perturbarea severă a relaţiilor intime.

- conjugopatiile produc dezechilibru între tendinţele funcţionale şi cele normative ale personalităţii;

- conjugopatiile generează situaţii psihopatologice care angajează întreaga structură funcţională a familiei;

- conjugopatiile devin factori potenţi de frustrare afectiv-educativă, distorsionînd procesul normal de socializare a tinerei generaţii, conflictele familiale deţin un risc major în generarea unui climat nociv, cu efecte negative directe asupra descendenţilor, prin structurarea deficitar-disarmonică a unor personalităţi infantile-juvenile.

Experienţa noastră, confirmată şi de alte cercetări în această problematică, evidenţiază existenţa unei factorialităţi cu potenţial şi risc de disarmonii conjugale cert identificabil:

- incompatibilităţi iniţiale ale personalităţii, uneori chiar frapante, nesesizate de către parteneri datorită unor deficite proprii de educaţie şi informare;

- sperietă sau predominanţa unor situaţii sau motivaţii conjuncturale, cu o insuficientă angajare emoţional-afectivă, sau dimpotrivă cu o supramotivare;

- încheierea unor căsătorii întîmplătoare, de circumstanţă motivate pragmatic etc. care generează cupluri insfective egocentrice, competitive, imature, etc. incapabile de modelări sau compromisuri;

- deficite emoţional-afective, greu educabile ale partenerilor (rigiditate psiho-afectivă, instabilitate psihocomportamentală, toleranţă scăzută la frustrări, sugestibilitate, susceptibilitate, etc.);

- conduitele impulsiv-agresive constituie un factor acut de risc dar şi o componentă particulară a conjugopatiilor, atît în mediul urban cît şi în cel rural;

- incompatibilităţile sexuale şi instabilitate cosbitării generează frecvent crize conjugale;

- imixtiuni ale părinţilor în viaţa familiilor tinere, deşi uneori bine motivate, pe fondul arhicunoscutului conflict între generaţii;

In astfel de condiţii, riscurile de conflict, suferinţe morale, anxietate, stări de previzerat, infidelitate, izolare sau agresivitate, devin maxime, eşecul conjugal exprimînd de fapt o neîmplinire a aspiraţiilor individuale şi de cuplu.

Intre consecinţele imediate ale deterierării relaţiilor conjugale, ce se evidenţiază cu o profundă semnificaţie nocivă în contextul oricărei analize se înscriu:

- alcoolismul, factor de risc major dar şi efect al conjugopatiei, dus la extrem în varianta consumului în doi;

- inadaptarea şi devianţa infantilo-juvenilă, expresie nemijlocită a întregului cortegiu de frustrări generate de climatul familial tarat;

- planificarea familială defectuoasă cu perturbarea unor echilibre demografice bine cunoscute;

- creşterea numărului de concubinaje şi divorţuri - consecinţe maligne ale destrămării familiei - ce implică deseori noi frustrări, conflicte, traume psihice şi inadaptări;

De altfel, fiecare din consecinţele dezorganizării familiale constituie prin ele însăle probleme majore mult discutate în prezent.

Se mnalarea succintă a unor aspecte privind problematica generală a dizarmoniilor conjugale, cu precizarea unor particularităţi, a unor factori de risc şi a consecinţelor ce le generează, confirmate prin observaţiile noastre expertale, deţine o valoare criteriologică teoretico-aplicativă, din care decurg şi atitudinile de psihoprofilaxie şi asistenţă medicală. In acelaşi timp apare necesară şi oportună precizarea cadrului problematic de

asistenţă medico-psihologică a relaţiei familiale prin promovarea unui efort comun interdisciplinar în direcţia sanogenezei populaţiei.

In ceea ce priveşte explorarea psihologică propriuzisă a diferiteler tipuri de conjugopatii, menţionăm că aceasta nu diferă, în esenţă, de modul în care se face în general un examen psihologic al personalităţii, dar în acest context sînt urmărite cu precădere anumite trăsături sau condiţionări care ar putea fi implicate în apariţia, întreţinerea sau agravarea climatului conflictual, disarmonic.

Metodologia folosită în acest scop, beneficiază de apertul tehniciler cunoscute (chestionare, scale, fişe mai puţin standardizate, probe de personalitate, existente astăzi într-un număr foarte mare, bazate pe anamneză, interviu şi observaţii adecvate, toate acestea fiind orientate către specificul şi particularităţile problematicii familiei, normale sau disociate.

In acest sens, semnalăm de exemplu utilizarea la noi, de către P.Golu şi Iolanda Mitrofan a Scalei de evaluare multidimensională a stilului interacţional marital (SEM,SIM), elaborată de autori în scopuri psihosocialogice şi folosind drept metode ancheta psihosocială bazată pe interviul clinic anamnestic integrat într-un examen psihologic cu caracter larg.Scala are o cuantificare în 4 trepte, fiecare răspuns fiind cotat cu 4-1 puncte, în raport de existenţa şi semnificaţia unor factori perturbatori, implicaţi în interrelaţiile de cuplu (mare, medie, redusă sau absentă).Scala vizează frecvenţa, durata şi intensitatea divergenţelor conjugale. (conflictelor) precum şi semnificaţia, motivaţia şi consecinţele acestora pentru continuitatea vieţii de familie. Totalizarea punctajului individual al cuplului pe o scară de 5-2o puncte, pune în evidenţă 3 modele interacţionale în viaţa conjugală; modelul cooperant (5-1o puncte); modelul competitiv, cu tendinţă către rivalitate, (11-15 puncte); modelul conflictual, distorsionat (16-2o puncte). Din corelarea rezultatelor scalei cu etapa cronologică a căsătoriei a reieşit că, în perioada 11-15 ani, cînd intervine asimilarea interpersonală şi cristalizarea relaţiilor de familie, circa 71% din cupluri prezintă un model cooperant de interacţiune, în timp ce în perioada 16-2o ani cca. 3o% din cupluri manifestă un climat distorsionat, prin reacţii conflictuale generate de impactul bio-psihologic, foarte dificile în acest sens apărînd

vîrstele de 4e-5e ani la femei şi 45-55 ani la bărbaţi.

Modelul competitiv apare în proporţii semnificative (61%) la căsătoriile de 4-5 ani şi respectiv 41% la cele de 6-le ani. Cu privire la motivaţiile evidenţiate de scala menţionată, reesite din studiul a 186 cupluri diverţate, autorii arată că în 83% de cazuri criza conjugală s-a datorat unor grave divergenţe de opinii şi atitudini privind viaţa de familie; în 56 cazuri a fost generată de infidelitate, adulter, disfuncţii afective şi sexuale de cuplu; în 43 cazuri sau decelat influenţe perturbatoare ale familiilor de apartenenţă; problemele legate de loisir s-au regăsit la 32 cupluri, violenţele fizice, verbale şi alcoolismul la 28 familii, diviziunea necorespunzătoare a sarcinilor casnice la 28 cupluri, chestiunile bugetare la 25 cupluri iar cele privitoare la educaţia copiilor în 21 cazuri.

In sfîrşit, interesante sînt şi rezultatele relevate de corelarea rezultatelor scalei cu numărul de copii existenţi în fiecare cuplu. Astfel, la familiile cu un singur copil, în 69% din cazuri se observă un model interacţional competitiv, bazat pe rivalitate. In familiile cu 2 sau mai mulţi copii în 68,6% din cazuri se remarcă modelul cooperant. In familiile fără copii, dominante sînt stilul cooperant (47,6%) şi stilul conflictual (36,6%).

Intr-un alt studiu 2 cercetătoare sovietice, Valentina Petreva Levcovici şi Olga Eduarovna Zuskova, folosesc în metodica investigării relaţiilor conjugale o scală, elaborată de autoare, denumită MSC (mejlicinostnove semeinove conflicta), deci o scală de diagnosticare a conflictelor interpersonale în cadrul cuplului. Pornind de la ideea că procesul dezvoltării relaţiilor conjugale şi înţelegerea caracterului şi dinamicii acestora nu se realizează totdeauna simultan de către cei doi parteneri, autoarele pun în evidenţă trei grupuri de familii, în funcţie de modalitatea rezolvării conflicteler declanşate:

1. Familii care au înfrînt conflictul (perechi stabile)

2. Familii care s-au asimilat prin conflict (perechi problemă.

3. Familii care nu au depăşit conflictul, datorită unor motivaţii negative (perechi nestabile).

O altă constatare a fost aceea că perechea din cuplu se uneşte prin căsătorie pentru satisfacerea concomitentă a unui şir de necesităţi care, nu sînt totdeauna identice, uneori fiind chiar

contradicterii, tocmai aceste contradicţii ducînd la tulburarea climatului prin apariţia unor conflicte mai mult sau mai puţin grave.

Metodologia studierii conflictelor interpersonale, aşa după cum afirmă autoarele, permite evidenţierea specificităţii dificultăţilor unui cuplu, orientînd explorarea suplimentară a acestuia, şi în acelaşi timp, stabilirea unor modalităţi adecvate de corectare şi rezolvare a interrelaţiilor divergente.

Scala MSC are o cuantificare în 5 trepte, se bazează pe un chestionar cu 168 întrebări iar aplicarea practică durează 3o-4o minute. Conţinutul itemilor vizează măsurarea autoaprecierilor şi estimărilor celor doi soţi, cu privire la următoarele categorii de probleme ale vieţii conjugale:

1. Rolul familiei;
2. Necesitatea de relaţie;
3. Necesitatea de cunoaştere;
4. Necesităţi materiale;
5. Necesităţi de apărare a eului (concepţii personale)
6. Cultura relaţiilor;
7. Informarea reciprocă;
8. Nivelul motivaţiilor morale;
9. Petrecerea timpului liber;
10. Frecvenţa conflictelor şi metodele de rezolvare a acestora;
11. Estimarea selectivă a satisfacţiei fiecărui partener în urma căsătoriei încheiate.

Partenerii, independent unul de altul, sînt instruiţi să citească cu atenţie chestionarul, răspunsurile fiind gradate de la dezacordul total (-2) pînă la acordul absolut (+2) cu privire la problema în discuţie. Rezultatele se compară cu ajutorul unor criterii de diferenţiere şi de semn, calculîndu-se totodată nivelul conflictualităţii şi un indice de simetrie.

In afara celor expuse se mai evidenţiază: nivelul mediu în fiecare sferă a vieţii conjugale; Estimarea, autoestimarea şi aşteptarea în relaţiile conjugale; concordanţa reprezentării soţiei despre viaţa de familie; corelarea estimărilor şi autoestimărilor; corelarea estimărilor şi aşteptărilor; nivelul motivaţiei morale.

Reliefarea caracteristicilor acestor scale folosite frecvent în studiul interrelaţiilor familiale, normale sau deterio-

rate, evidenţiază utilitatea unor asemenea instrumente de analiză, mai ales în domeniul sociologiei şi al psihosociologiei, unde viziunea asupra problematicii familiei are un caracter mai global. De cele mai multe ori aceste modalităţi de abordare reuşesc să surprindă imagini destul de apropiate de realitate.

Cercetările noastre în această direcţie au un pronunţat caracter pluridisciplinar, de colaborare în echipă, privind investigarea unui domeniu mai larg - cel al sănătăţii familiale - prin explorări psiho-sociologice, psihiatrice, biogenetice, endocrinologice şi medico-legale, această modalitate de analiză fiind orientată către înţelegerea epistemologică a familiei, ca unitate distinctă având structura, funcţiile, dinamica şi interrelaţiile sale, organizate şi integrate într-un sistem relaţional dat. In acest context, noi am folosit în studiul conjugopatiilor, pe lîngă explorările menţionate, şi o fişă de abordare interdisciplinară a problematicii dizarmoniilor conjugale, fişă parţial standardizată, care să dea posibilitatea unor cotaţii calitative şi numerice, cu o semnificativă pondere în geneza unor climate conflictuale, astfel, pe lîngă datele paşapoartale obişnuite (vîrstă, domiciliu, studii loc de muncă, ocupaţie), noi am avut în vedere şi alţi parametrii:

- condiţiile de locuit, vechimea căsătoriei, antecedentele civile, antecedentele juridice, antecedentele medicale, numărul de copii, eventualele sarcini nedorite şi cauza lor, probleme legate de adopţie şi tăgada paternităţii, devianţa copiilor, sindromul copilului bătut, al femeii bătute, şi mai rar, al bărbatului bătut; debutul şi natura conflictelor, incompatibilităţi psiho-afective, violenţe şi agresiuni familiale motivate polimorf, tulburări sexuale, alcoolism, individual sau de cuplu, adulter, gelozie, perversiuni de cuplu, alte elemente cu semnificaţie disociativă.

Consemnarea răspunsurilor, separat pentru fiecare partener, s-a făcut de către specialişti experimentaţi, cu adnotarea unor preţioase elemente diagnostico-clinice, psiho-comportamentale şi relaţionale reieşite din convorbirea cu soţii, dificultatea unor asemenea modalităţi de investigare, evidenţiată de altfel în orice tentativă de studiu a vieţii familiale, rezidă în imposibilitatea de a explora în toate cazurile ambii parteneri, în distorsionarea răspunsurilor prin reticenţă sau nesinceritate, în caracterul intim al relaţiilor de cuplu, în capacitatea foarte diferită a individului de a evalua corespunzător unele condiţii şi evenimente

familiale etc. Dealtfel, chiar şi autorele scalei sovietice menţionate observă pe bună dreptate că, după utilizarea largă a acestei metode, inclusiv cu aplicare practică în scop psihoterapeutic la unele cupluri sever disociate, şi-au dat seama de necesitatea unor modalităţi ştiinţifice suplimentare de explorare şi intervenţie, în special cu privire la: studiul personalităţii fiecărui membru al cuplului; compararea personalităţii intime, reale, cu cea autoevaluată şi cu cea estimată de către partener; stabilirea cît mai detaliată şi mai autentică a problemelor conflictualităţii familiale; ierarhizarea corespunzătoare şi cuantificarea adecvată a acestor factori şi surse de conflict, în concordanţă cu semnificaţia lor reală etc.

Din aceste motive se impune o analiză psihologică de fineţe şi profunzime, atît a personalităţilor individuale cît şi a personalităţii de cuplu.

Este bine cunoscut faptul că fiecare familie are specificul său, stilul său de viaţă, nota sa particulară care o deosebesc în mod semnificativ de altele. In acest sens s-au elaborat tipologii de cuplu, a căror existenţă nici nu poate fi pusă la îndoială, aportul principal aparţinînd psihologilor şi sociologilor, dar şi alter specialişti interesaţi de problematica familiei (medici, pedagogi, jurişti, antropologi, etc). Astfel, F.C.Cuber de exemplu analizează 5 tipuri ale vieţii conjugale:

- tipul de cuplu în care conflictele constituie ceva obişnuit.
- tipul de mariaj devitalizat;
- tipul căsniciei pasiv-cordiale;
- tipul de căsnicie vitală
- tipul de conjugalitate bazat pe relaţia totală.

Aceste tipologii, precum şi altele care au fost descrise, nu sînt străine de caracteristicile personalităţilor individuale ale partenerilor, în egală măsură fiind descrise profile şi tipuri ale membrilor cuplului: casnic-gospodăresc, sportiv, afectuos, copilăros, independent, aventurist, etc.

Dacă într-un studiu general privind cauzele şi factorii de risc ai dimensiunilor conjugale, aceste tipologii pot să nu deţină o semnificaţie deosebită, în analiza psihologică concretă a unui cuplu disociat, fie din perspectiva unui demers teoretico-explicativ, fie din unghiul de vedere al unui efort profilactico-

recuperator (sfatul conjugal în sens larg de exemplu) declararea tipului specific de cuplu are o importanţă majoră, în orientarea modalităţilor efective de intervenţie în problemele şi destinele unor familii. Semnificaţia acestor aspecte este certă, fiind confirmată chiar de studiile psiho-sociologice de profil. Din aceste motive, rezultatele raportate sînt foarte variate, fiind strîns legate de eşantionul folosit, astfel încît într-un lot infidelitatea şi adulterul poate ocupa primul loc în ierarhia factorilor de criză conjugală în timp ce în alt grup acestea să nu deţină decît o valoare minoră nesemnificativă. Factorii generali de risc conjugopat sînt cunoscuţi şi implicarea lor în disocierea climatului familial nu mai este pusă la îndoială de nimeni, după cum, la fel de bine cunoscute sînt de exemplu şi cauzele generale ale devianţei, ale fluctuaţiei în muncă, ale alcoolismului, etc.

Din punctul de vedere al explorării psihologice însă, sesizarea ponderii şi semnificaţiei fiecărui element cu rol perturbator, şi în principal relevarea factorilor cu risc patent de dezorganizare conjugală, grefată pe evidenţierea structurii specifice de personalitate individuală sau de cuplu, deţine o valoare diagnostico-recuperatorie esenţială, demersul corespunzînd în acelaşi timp însuşi obiectului de studiu al psihologiei, specificului orientării cognitive şi discuţiei particulare ale cazului analizat.

Din acest punct de vedere tipologiile conjugale constituie repere explicative importante, astfel încît dacă la un cuplu problema loisir-ului e o sursă frecventă de dimensiuni intrafamiliale, la un altul acest aspect nici nu se pune sau are un caracter cu totul secundar.

Bineînţeles, că, aşa cum arătam anterior, în cauzalitatea diverselor conjugopatii intră în acţiune un mare număr de condiţionări, dar, care, în ultimă instanţă sînt nemijlocit legate de trăsăturile personale ale fiecărui individ în parte, de caracteristicile personalităţii şi compartamentului său relaţional. Prin prisma acestei interpretări, ceea ce am denumit personalitate sau tip de cuplu nu semnifică decît o juxtapunere, mai mult sau mai puţin unitară, tranzitorie sau evasipermanentă, realizată facil sau cu dificultate, a unor personalităţi distincte, avînd modul lor specific de a gîndi, simţi şi acţiona în diferite situaţii de viaţă. Considerăm că această interpretare, fără a trăda un punct de vedere pesimist, este mai adecvată decît a vorbi de o unitate

desăvîrşită, de o simbioză perfectă în viaţa conjugală, imagine care nu ni se pare conformă cu realitatea obiectivă. Numai în acest fel ne putem explica de ce în cadrul diferitelor familii, nivelele de interelaţie, de cunoaştere şi informare reciprocă, de respect, de într-ajuterare, de independenţă, etc. sînt atît de diferite, avînd semnificaţii particulare, specifice fiecărui cuplu în parte.

Din experienţa noastră, raportată la sute de cupluri aflate în impas sau în criză, a reieşit cu pregnanţă că indicatorul care deţine cel mai bun pregnostic cu privire la stabilitatea conjugală este capacitatea de înţelegere şi toleranţă reciprocă, de acceptare în mod conştient şi în scop constructiv a anumitor compromisuri inevitabile. Deşi la prima vedere, acest indicator pare a avea un grad prea mare de generalitate, la o analiză atentă se constată că el reprezintă de fapt o sinteză complexă a unor trăsături şi particularităţi din mai toate sferele personalităţii: intelect, temperament, voinţă şi mai ales motivaţie, afectivitate şi caracter. In acelaşi timp, această capacitate relevă reflectări semnificative privind scala personală de valori, nivelul de educaţie şi instrucţie, gradul de conservatorism sau deschidere către ambianţă, nivelul de supunere faţă de tradiţii şi obiceiuri, diferitele caracteristici etnopsihologice, etc.

Această capacitate de înţelegere şi acceptare reciprocă este legată de nivelul de toleranţă în general, al individului, dar în acelaşi timp se deosebeşte net de aceasta, căpătînd note şi caracteristici care aparţin cu strictete vieţii în doi. Cu alte cuvinte, dacă în plan individual această capacitate este în general relativ fructuantă, în plan familial, ea se dovedeşte a avea o mare stabilitate, fiind caracteristică statusului marital.

In analiza acestui indicator, este important de evaluat tipul trăsăturilor psiho-comportamentale, pozitiv-negative, atît ale personalităţii individuale cît şi ale personalităţii de cuplu, al interrelaţiilor, evenimentelor şi situaţiilor de viaţă ce pot fi înţelese şi acceptate şi, în egală măsură, intensitatea şi frecvenţa, pînă la care pragul homeostazic al climatului conjugal se poate menţine.

Totodată, în acest context explicativ, explorarea motivaţională trebuie să deţină un loc privilegiat, la acest nivel motivele evidenţiate întrunind multiple caracteristici de cauzalitate. Acest

demers însă întîmpină serioase dificultăţi, ca dealtminteri şi investigarea motivaţiei în general, dar totodată, ea oferă de regulă cele mai pertinente suporturi explicative cu valoare de cauzalitate. In acest mod, se pot evalua sursele motivelor, gradul lor de profunzime, orientarea şi tendinţa, conţinutul şi semnificaţia valorico-morală a acestora etc.

In sfîrşit, dintr-o perspectivă mai analitică, prin exemplificarea în detaliu a diverselor componente şi trăsături psiho-comportamentale se poate pune în evidenţă care anume caracteristici, particularităţi sau chiar structuri de personalitate (nedezvoltate, deficitare, perturbate sau patologice) sînt incriminate în mod patent în etiogeneza diverselor dizarmonii conjugale, analiza menţinîndu-se de la caz la caz în sfera normalităţii psihice, a unor personalităţi accentuate, dizarmonice, marginale, sau cu o expresivitate evident psihopatologică. In acest sens noi folosim efectiv diferite metode şi tehnici curente de psihodiagnostic, inclusiv cele trei scale complexe elaborate în clinica de psihiatrie Socola-Iaşi, privind evaluarea alcoolismului, auto şi heteroagresivităţii şi anxietăţii care, în multe cazuri de disimetrii conjugale furnizează informaţii dintre cele mai utile.

Deasemenea, activităţile de psihoterapie, în special de persuasiune şi susţinere, dar şi de altă factură, constitue modalităţi curente de intervenţie medico-psihologică, fiind benefic integrate, în activitatea clinică generală de asistenţă curativo-profilactică a stării de sănătate mintală a familiei. In acelaşi timp trebuie subliniat faptul că, şi la noi, au început să apară realizări notabile în activităţile de sfat prenupţial şi conjugal, prin efortul comun al unor echipe pluridisciplinare, şi în acest domeniu psihologii dovedindu-şi necesară şi utila lor participare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Caille Ph ; - Terap Fam. 1984, nr.4 pg.349-358.
2. Cuber F.C.- în vol.Family în trasition (ed.by S.A.Scelnik and M.J.Scelnic), University of California,Berkeley 1971 pg.287-299
3. Dimitriu Cornelia - Constelaţia familială şi deformările ei, Bucureşti, Ed.P.,1973.
4. Golu P. ,Mitrofan Iolanda - Rev.Psih.1985,3,pp.177-190.
5. Levcovici V.P., Zuscova O.E.- Voprosî psihologhii, 1987 - nr.4 pp.128-134.

6. Perju-Liiceanu Aurora - Rev.Psih.1977, nr.2 pp.183-185.
7. Pirozynski T., Pirozynski Miarka, Scripcaru Gh. Gottlieb H. în vol.Criteriologia medico legală. I.M.F.Iaşi 1982, pp.254-259.
8. Rudică T.- Dialogul familial, Bucureşti EDP, 1977.
9. Scripcaru Gh.,Pirozynski T., Chiriţă V., Beişteanu P.,Drăghici Gh. - în vol. Ecosistemul relaţiei familiale şi asistenţa psihiatrică (sub red.T.Pirozynski) I.M.F.Iaşi, 1986,pp.11e-113.
10. Scripcaru Gh., Viernes T., Plăhteanu M., Astărăstoae V., Drăghici Gh., Pirozynski T., Selaru M., Chiriţă V., Beişteanu P., Cevic M., Dimofte Iulian, Stiuca O., Zbranca E., Meges V., Gălăşanu C. : Rev.Med.Chir.Iaşi, 1986, nr.2, pp.259-263.
11. Scripcaru Ghe., Pirozynski T., Drăghici Ghe., Pirozynski Miarka, Astărăstoae V., Beişteanu P.: Rev.Med.Chir.Iaşi,1985, nr.3, pp.475-478.
12. Stănoi A., Voinea M.:Sociologia familiei, Universitatea Bucureşti 1983.
13. Whitehead L. : J.Child Psychol., 1979, vol.2e,pp.247-254.

SEMNIFICATIA EXPLORARII PSIHOLOGICE LA NIVELUL EXAMINARILOR MEDICO MILITARE

LIDIA POPA, V.ARMASU, C.CHELEMEN, V.CHIRITA

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola"-Iaşi

Examenul psihologic se înscrie ca dimensiune metodologică în cadrul examinărilor paraclinice vizînd măsurarea unor parametri funcţionali referitori în special la unele funcţii simple ale psihismului. Deci îşi propune o analiză şi o interpretare a unei structuri de personalitate afectate patologicului, psihologul arătînd în ce fel particularităţile personalităţii modifică conţinutul afecţiunii.

In cadrul colaborării psihologului cu comisia expertală au fost făcute o serie de examene psihologice în funcţie de cerinţele şi indicaţiile clinicii psihiatrice.

Astfel au fost făcute examene pentru evaluarea nivelului intelectual cu ajutorul testului Raven, fiind o evaluare a posibilităţilor intelectuale relativ permanente, caracterizîndu-se printr-o constanţă în anumite limite. Rezultatele obţinute au fost diferenţiate în deficienţă mintală uşoară, hipofrenia marginală sau nivelul intelectual de limită şi nivel intelectual mediu slab.

La deficienţa mintală uşoară s-au luat în considerare numai Q.I.-ul peste 55 întrucît cazurile sub 55 sînt deja rezolvate la nivelul examinărilor teritoriale. In ultimul timp se constată o scădere a cazurilor cu deficienţă mintală severe. Au fost depistate şi cazuri care încercau să mascheze adevărata situaţie, dorind etichetarea de intelect subnormal.

In acelaşi timp cazurile examinate în comisiile expertale au fost văzute pentru elaborarea unui profil de personalitate. Acesta s-a putut realiza numai pe baza unei baterii complexe de teste: teste de personalitate - W.M.,P.A., inventar de personalitate, Eysenck şi teste proiective - Szondi, Lüscher, testul arborelui şi asociativ-verbal forma dezvoltată.

Pacienţii examinaţi au fost de vîrstă între 18-22 ani, de proveniente diferite şi ocupaţii diverse, din toate zonele ţării. Trecerea de la adolescenţă spre tinereţe este o perioadă în care personalitatea mai este încă supusă diverşilor factori de mediu,

Scanned with OKEN Scanner

ce pot influenţa pozitiv sau negativ dezvoltarea în continuare a structurilor psihice deja formate. Mediul nou în care intră tînărul, al activităţii militare, înseamnă un cadru care presupune înfruntarea unor greutăţi, ajutîndu-l să se maturizeze fizic, psihic şi intelectual, influenţînd dezvoltarea personalităţii în triada bio-psiho-socială. Se ştie că orice personalitate constituită reprezintă întotdeauna produsul dezvoltării fondului înnăscut cu experienţele trăite de personalitatea respectivă.

Pentru evidenţierea unor tendinţe unilaterale depresive sau anxioase, au fost suficiente chestionarele de personalitate, mai ales la tinerii care erau dornici de cooperare şi receptivi la discuţia cu psihiatrul sau psihologul.

Pe structuri introvertite, hiperemotive se instalează mai uşor şi fără o motivaţie profundă trăsături accentuate de anxietate primară cu modificări neuro-vegetative şi stări depresive reactive. Aceştia de cele mai multe ori au manifestări hipohondriace, depresia instalîndu-se pe un fond psihosomatic, tînărul crezînd că este într-adevăr bolnav.

Constatăm încă o dată că problematica afectivităţii, a stărilor emoţionale rămîne permanent actuală, afectivitatea fiind un element esenţial în procesul de adaptare a persoanei umane în mediul social, familial şi profesional.

La alte structuri psihice, cu un fond de instabilitate psihică accentuată, tendinţe de extraversiune accentuată,hiperemotivitate crescută, influenţa mediului determină un cu totul alt comportament, cu reactivitate negativă, cu eşecuri de adaptare socială, familială şi profesională. Instabilitatea psihică corelată cu un intelect liminar, determină o labilitate emotivă accentuată, pe care se grefează orice influenţă din exterior, determinînd astfel reacţii neprevăzute, tulburările de comportament.

Cînd acestea nu ating în prea mare măsură sfera socialului, cînd sînt izolate şi rare, prin educaţie se pot redresa. Dar sînt cazuri care prin climatul familial, de cartier sau general social-profesional, au alunecat tot mai mult şi tulburările apărute în relaţiile interpersonale devin şi se stabilizează într-un comportament deviant, aberant.

Personalităţile discomportamentale sînt foarte greu educabile, chiar dacă este o perioadă favorabilă implementării factorilor pozitivi, dezvoltării tendinţelor bune.

Au fost întîlnite multe personalităţi cu structuri psihice aparent normale, dar cu ajutorul itemilor de la chestionare s-au relevat uşoare trăsături atipice, care erau în neconcordanţă cu restul trăsăturilor de personalitate.

Astfel pe temperamente puternic introvertite au fost depistate perseverări interpretative corelate cu revendicări de diverse nuanţe, contextul general determinînd interpretarea unei personalităţi cu predispoziţii schizoide sau psihoparanoide. După decelarea itemilor testelor de personalitate s-a trecut la analiza şi investigarea treptelor de jos a subconştientului cu ajutorul testelor proiective, scoţîndu-se la iveală tendinţe ascunse ale Eului la prima vedere. S-au putut depista personalităţile puternic accentuate cu tendinţe egocentrice, hiperperseverente, care beneficiau de o voinţă deosebită, care se autoapreciau favorabil, dînd naştere la conflicte interpersonale.

De cele mai multe ori de la personalităţile accentuate pînă la personalităţile cu structuri psihice dizarmonice nu mai este decît un pas, factorul cel mai important avîndu-l mediu, condiţiile favorizînd dezvoltarea spre dizarmonie. Aprofundarea la exces a uneia sau mai multor trăsături de personalitate declanşează un conflict intrapsihic sau interpsihic, structurile dizarmonice dovedindu-se de mai multe feluri: schizoide, epileptoide, polimorfe.

Personalităţile care în condiţii generale nu pot fi caracterizate negativ, în condiţiile puţin diferite ale activităţii militare declanşează anumite resurse nebănuite, care le pun pe o altă traiectorie decît cea normală, la o analiză amănunţită şi aprofundată observîndu-se dezvoltări psihopatologice. De asemenea au fost întîlniţi tineri care nu pot accepta noile condiţii, neputînd şi nedorind o acomodare la noua stare de lucruri, devin reactivi situaţionali, căutînd logic sau emoţional o ieşire.

In marea majoritate a cazurilor, la indicaţiile clinicii au fost cercetate şi depistate tendinţe unilateral dezvoltate. Dar am întîlnit şi cazuri la care pe un fond de intelect liminar sau hipofrenie marginală s-au grefat tulburări de comportament sau tendinţe negative de personalitate puternic accentuate sau patologice. Aceste situaţii au fost constatate la pacienţii cu suferinţe sechelare encefalopatice diferenţiaţi după anamneză în

microsechelari infantili, posttraumatici şi postmeningo-encefalitici.

Cazurile care au relevat tendinţe psihopatologice prin influenţa unui toxic exogen au fost reduse ca număr şi s-au datorat etanolului.

In funcţie de examenul psihologic s-a procedat la încadrări diferenţiate în aptitudinea pentru exercitarea activităţii ca apt serviciu, apt necombatant sau inapt, în concordanţă cu examenul clinic psihiatric şi cu elementele de anchetă socio-profesională din teritoriu.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Allport Gordon W.: Structura şi dezvoltarea personalităţii. Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1981.
2. Gorgos C.: Vademecum în psihiatrie. Ed.medicală, Bucureşti, 1985.
3. Ionescu G. (coordonator): Psihologia clinică: Sinteze de psihologie contemporană, Edit.Academiei R.S.R., Bucureşti, 1985.
4. T.Pirozynski (sub redacţia) - Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic, Clinica de psihiatrie, I.M.F., 1987.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE SI A EXAMINARII COMPLEXE IN CADRUL COMISIEI DE DIAGNOSTIC SI TRIERE PENTRU COPIII CARE PREZINTA RISCUL DE ADAPTARE SCOLARA SI FAMILIALA

SILVIA GHERGHE, MARIA COSMOVICI, C.BARABOLSCHI, ELENA VACARU, V.CHIRITA
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola" Iaşi

Indeplinirea obiectivelor de educaţie preşcolară printr-o activitate sistematică şi gradată de sprijinire individuală şi diferenţiată a copiilor în dezvoltare contribuie, în mare măsură la prevenirea eşecului şcolar.

Dificultăţile de adaptare a copilului la activitatea de tip şcolar se pot datora, adesea unor tulburări de natură psihomotorie, de percepţie, de instabilitate a atenţiei, tulburări care pot fi corectate mai uşor la vîrstele mai mici mai ales în perioada preşcolară decît mai tîrziu. Alte dificultăţi pot fi de natură neuropsihică, alteori sînt cauzate de un nivel socio-cultural scăzut al familiei sau se datorează unor erori de educaţie în perioadele anterioare din evoluţia copilului.

Tratarea diferenţiată a copiilor înseamnă aprecierea cît mai veridică a nivelului de dezvoltare a fiecărui copil, cît şi adaptarea stimulărilor educative, a solicitărilor şi cerinţelor la ritmul de gîndire şi de acţiune al acestuia. De asemenea de o importanţă deosebită este pregătirea socio-afectivă a copiilor în vederea integrării în colectivitatea şcolară.

Analizînd copiii cu risc de eşec adaptativ şcolar cuprinşi în evidenţa L.S.M. am constatat următoarele categorii:

- copii cu handicap congenital de ordin perceptiv sau motor-deficienţi de vedere, auz, motricitate.
- copii cu deficienţe mintale sau alte retardări psihice.
- copii proveniţi din familii dezorganizate din punct de vedere socio-cultural şi economic (ceea ce rezultă din cercetările de teren)
- copii carentaţi afectiv, cu probleme de ordin familial (părinţi divorţaţi, familii dezbinate, mame singure, organi ceea ce reiese din actele copiilor, convorbirile cu părinţii, vizite la domiciliu).

Caracterul compensator al educaţiei se evidenţiază în cazul

copiilor care de fapt sînt normal dezvoltaţi fizic şi intelectual, dat fiind privaţi în familie de influenţe educative pozitive,stimulative, nu-şi pot desăvîrşi dezvoltarea maximă decît în condiţiile unor solicitări intelectuale, afective şi acţionale suplimentare.

Metoda de examinare şi apreciere a dezvoltării psihice a copiilor în perioada preşcolară 3-6 ani, oferă posibilitatea stabilirii operative şi corecte a psihodiagnosticului de normalitate şi permite cunoaşterea dezvoltării psihice în general şi a principalelor aspecte ale dezvoltării la nivelul a patru domenii de comportament: motor, cognitiv, verbal, social-afectiv.

Psihodiagnosticul individual permite aprecierea dezvoltării psihice ca normală pentru vîrsta la care se efectuează examinarea sau subnormală constînd în întîrzierea uşoară, moderată,severă, profundă a dezvoltării psihice în raport cu caracteristicile de normalitate ale vîrstei. Pentru o apreciere corectă a dezvoltării psihice la aceste vîrste, este necesară respectarea unor cerinţe metodologice de examinare şi notare care condiţionează valabilitatea examinării şi a rezultatelor consemnate.

In categoria copiilor cu nevoi speciale sînt incluşi acei copii care prin anumite deficienţe de ordin fizic,mintal,moral sau compertamental ieşite din comun, se manifestă diferit de covîrstnicilor.(4)

Ne referim la copiii subdotaţi sub aspect intelectual (deficienţi mintali de toate categoriile), detectivii senzoriali (ambliopi, orbi, hipoacuzici, surdo-muţi), defectivii de vorbire,defectivii de caracter (copii în pericol moral,delincvenţi mineri etc.)

Factorul comun la categoriile de copii subdotaţi şi delincventi este insuccesul şcolar şi incapacitatea acestor copii de a se adapta la sistemul obişnuit de desfăşurare a procesului de învăţămînt, imposibilitatea lor de a se încadra în viaţa colectivului de clasă.

Categoria defectiviler gravi sub aspect senzorial fac obiectul şcolilor speciale, unde alături de îngrijire medicală sînt şcolarizaţi pe baza unor programe adaptate la specificul lor de cadre specializate.(4)

Dificultăţi în şcolarizare se întîmpină la acei elevi a căror deficienţe sînt la limita inferioară a normalului sau puţin sub această limită şi se manifestă ca atare numai după începerea şcolarizării. Dacă deficienţa nu este considerată prea gravă şi nu

se prevede progresul ei - la un copil cu intelect normal, medicul şi psihologul vor stabili regimul deosebit, programul psiho-pedagogic individualizat la care copilul va fi supus în familie şi la şcoală.

Se ştie că existenţa unui copil cu nevoi speciale într-o familie produce o modificare a întregii structuri, afectînd atît relaţiile din interiorul familiei cît şi cele care vizează relaţiile familiale cu societatea.(2) De aceea specialiştii care lucrează în terapia copilului deficient trebuie să acorde o mare importanţă familiei, consilierea şi sfătuirea părinţilor constituind una din direcţiile importante ale terapiei copilului handicapat.Consilierea cu întreaga echipă de specialişti contribuie la instruirea familiei în legătură cu ce trebuie să facă şi cum trebuie să procedeze. Psihologul va indica modelele de reacţii ale părinţilor la diferitele comportamente ale copiilor deficienţi pentru a se obţine rezultate adaptative. Formarea comportamentală a părinţilor este una din componentele de bază ale psihoterapiei familiei.Trebuie să se sugereze permanent familiei că în munca ei educativă importante sînt aspectele practice (autonomia, autoservirea, învăţarea mişcării, comportarea în societate) scopurile să fie concrete şi să nu vizeze prea sus, riscurile unor exigenţe prea mari la copilul deficient fiind cunoscute. Există o legătură directă între acţiunea desfăşurată de părinţi şi formarea şi schimbarea comportamentului copiilor. Părinţii trebuie să ştie să discrimineze comportamentele şi să răspundă într-un mod adecvat (cînd şi cum trebuie să răspundă pozitiv,negativ sau deloc copiilor lor).(2)

După însuşirea de către părinţi a conceptelor cu care operează învăţarea socială, în terapia familiei se trece la o nouă etapă: stabilirea unui program complet de recuperare.

În vederea asigurării asistenţei medicale, curative-profilactice, sociale şi a procesului de instruire şi educaţie a copiilor cu deficienţe fizice, senzoriale şi intelectuale Ministerele Sănătăţii: Muncii şi Învăţămîntului au luat o serie de măsuri, printre care şi înfiinţarea de unităţi de specialitate. Copiii care prezintă afecţiuni neuropsihice beneficiază de asistenţă medicală,curativ-profilactică de specialitate, pedagogică şi socială în următoarele unităţi de profil:

- ambulatorie în cabinetele de neuropsihiatrie infantilă care funcţionează în cadrul L.S.M. sau în policlinicile de copii

- spitalicească, în spitale sau secţii de neuropsihiatrie infantilă
- unităţi speciale pentru copiii cu afecţiuni neuropsihice: recuperabile, parţial recuperabile sau nerecuperabile - cămine spitale, cămine-şcoală.
- unităţi de formare profesională: şcoli profesionale speciale.
- unităţi pentru copiii cu afecţiuni cronice.
- unităţi de învăţământ special etc.

Cuprinderea tuturor copiilor cu afecţiuni neuropsihice în aceste unităţi presupune însă un diagnostic corect, şi o triere judicioasă a cazurilor în funcţie de diagnostic, gradul de afecţiune, vîrstă pentru a-i dirija spre instituţiile speciale existente.

In acest scop funcţionează Comisiile de diagnostic şi triere pentru copiii cu nevoi speciale care au sarcina de a stabili diagnosticul şi a dirija copilul deficient spre unităţile de profil corespunzătoare afecţiunilor respective. La nivelul judeţului Iaşi această comisie funcţionează în cadrul LSM copii.

Componenţa Comisiei de diagnostic şi triere: medic specialist neuropsihiatrie infantilă, medic specialist pediatru, psiholog, logoped, asistentă socială sau pediatră, învăţător sau profesor delegat de secţia de învăţământ. Comisia funcţionează lunar sau bilunar în zile şi ore fixe stabilite în funcţie de necesitate.

Depistarea cazurilor de copii cu deficienţe neuropsihice şi îndrumarea lor către comisia de diagnostic şi triere este făcută de: medicii de circumscripţie sanitară, pediatri din policlinici şi staţionare, specialişti neuropsihiatri, medicii şcolari şi din colectivităţi de preşcolari; asistente de ocrotire sau sociale, educatori, învăţători, profesori; oficiile de asigurări sociale şi asistenţă socială, miliţia sau procuratura.

Pe baza documentaţiei cu care a fost trimis copilul, membrii comisiei vor examina copilul în vederea stabilirii diagnosticului. In acest sens medicul neuropsihiatru se informează din documentele cuprinse în dosar şi de la însoţitori asupra datelor anamnestice ale copilului respectiv; antecedentele hereditare - cum a decurs sarcina, afecţiuni somatice grave cu determinări cerebrale, evoluţia psiho-motorie în prima copilărie şi perioadele ulterioare, traumatisme craniene cu suferinţe cerebrale, condiţiile de mediu familial şi social în care s-a dezvoltat copilul. Toate aceste date

sînt necesare pentru a se putea face precizări asupra diagnosticului etiologic, importante nu numai pentru prognostic cît şi pentru diagnosticul diferenţial. De asemenea medicul neuropsihiatru efectuiază examenul neurologic şi cel al psihometricităţii.

Psihologul stabileşte gradul de dezvoltare a proceselor mintale la ce nivel se găseşte procesul generalizării, abstractizării, calitatea comparaţiei, memoria, atenţia - examene indispensabile pentru precizarea diagnosticului clinic. Se utilizează următoarele metode:

- metoda analizei datelor biografice obţinute din dosar, de la aparţinători, din ancheta socială şi din caracterizarea psihopedagogică.

- metoda cercetării produselor activităţii (părinţii şi educatorii prezintă la comisie diferite caiete,desene ,obiecte de lucru manual etc.)

- metoda observaţiei - pe cît este posibil în condiţiile examinării.

- metoda convorbirii (pentru deficienţii senzoriali auditivi se foloseşte limbajul mimico-gesticular).

- metoda experimentului natural - vizînd capacitatea de efort a subiectului, forţa proceselor nervoase superioare, echilibrul lor (capacitatea de reţinere verbală şi materie faţă de nereuşită) şi mobilitatea lor, ritmul de lucru.

Stabilirea vîrstei mintale sau a coeficientului intelectual se face diferenţiat în funcţie de vîrsta subiectului cu testele validate pe plan naţional cum sînt: inventarul de dezvoltare a lui Gesell, Wechsler pentru preşcolari (WPPSI), WISC, matricele progresive a lui Raven şi altele.

Medicul pediatru colaborează la stabilirea diagnosticului etiologic.

Logopedul efectuează examenul verbirii şi contribuie la precizarea diagnosticului în cazurile cu tulburări de limbaj, tulburări de verbire, tulburări de limbaj secundare, tulburărilor de auz.

Pentru cazurile care necesită examene ORL sau oftalmologice se face apel la serviciile de specialitate din cadrul policlinicii de copii.

Asistenţa pediatră ţine în evidenţă dosarele copiilor examinaţi de comisie şi urmăreşte aplicarea indicaţiilor pentru fiecare caz în parte.

După ce toate examinările menţionate au fost efectuate comisia precizează:

- diagnosticul clinic incluzînd pe cît posibil diagnosticul etiologic;

- diagnosticul funcţional, incluzînd funcţiile deficitare neurologice şi psihice, formele deficienţei mintale: uşoară, moderată, severă, profundă.

- diagnosticul de adaptare educativ-socială; recuperabil, parţial recuperabil, irecuperabil.

- îndrumă copilul spre un anumit tip de unitate, în funcţie de gradul deficienţelor neuropsihice prezentate.

Diagnosticul şi recomandările făcute se consemnează în registrul de evidenţă al comisiei şi în adeverinţa medicală.

In cadrul comisiei de diagnostic şi triere de la nivelul LSM Iaşi în perioada 1983-1987 au fost examinaţi şi orientaţi un număr de 2.978 copii din care: 874 la şcoli ajutătoare, 567 la cămine şcolă, 363 case de copii şcolari şi preşcolari, 82 e şcoli profesionale speciale pentru deficienţe meterii şi senzoriale, 319 cămin spital, 64 nu au făcut obiectul orientării, continuînd procesul instructiv-educativ în şcoala de masă cu programe psihopedagogice individualizate.

Educaţia ca proces lent, susţinut şi sistematic de influenţare trebuie să se exercite permanent cu cea mai mare atenţie, în special în primii ani şi este mult mai eficientă dacă se realizează în mediul natural al copilului. In fiecare moment din viaţă copilul trebuie să fie îndrumat, condus şi controlat de adult bineînţeles fără a-i stingheri în mod evident tendinţa naturală spre independenţă şi iniţiativă proprie. Activitatea de educare cere din partea părinţilor nu numai timp şi multă răbdare, ci totodată multă pricepere. Pe de altă parte este nevoie ca prin fiecare gest sau cuvînt pronunţat în faţa copilului să i se ofere acestuia exemple bune, demne de urmat.

In mod excepţional în cazul copiilor deficienţi neuro-psihomotori, instruirea familiei, capacitatea ei cooperantă şi participarea activă la programele de recuperare alături de echipa terapeutică contribuie la succesul în munca de orientare a măsurilor educaţional-instructive în funcţie de potenţialul restant sau nivelul cognitiv al fiecărui copil cu nevoi speciale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.Alexandru Sen - Educaţie şi terapie, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti,1978.

2. Arcan P., Ciumăgeanu D.-Copilul deficient mintal, Edit.Facla, Timişoara,1980.

3.Athanasiu A.- Elemente de psihologie medicală, Edit.medicală, Bucureşti,1983.

4.Bogdan T., Stănculescu I - Psihologia copilului şi psihologia pedagogică, Edit.didactică şi pedagogică,Bucureşti,1970.

5. Dragomirescu V._ Psihosociologia comportamentului deviant,Ed. ştiinţifică şi enciclopedică,Bucureşti,1976.

6. Ionescu G.(sub red.) - Psihologia clinică, Ed.Acad.R.S.R. Bucureşti,1985.

7. Pirozynski T.(sub red.) - Ecosistemul relaţiei familiale şi asistenţa psihiatrică, I.M.F.Iaşi,1986.

SEMNIFICATIA EXAMINARILOR PSIHOLOGICE IN RECUPERAREA COPIILOR CU DEFICIT PSIHOMOTOR - PRIN L.S.M.

MARIA COSMOVICI, SILVIA GHERGHE, C.BARABOLSCHI, N.COSMOVICI, V.CHIRITA
Spitalul clinic de psihiatrie "Socola"Iaşi

Predicţia în explorarea psihologică experimentală clinică şi ambulatorie a copilului cu deficit psihomotor decurge din studiul efectelor diferitelor tipuri de handicap asupra unei persoane invalidate. Se estimează astfel în ce măsură afectează handicapul dezvoltarea mintală şi afectivă a persoanei, progresul în activitatea şcolară, personalitatea şi comportamentul social, adaptarea la procesul muncii şi la cerinţele vieţii de adult în societate sau cum este influenţată viaţa unei familii cu un copil handicapat (4).

Examinările psihologice urmăresc evidenţierea abilităţilor unei persoane într-un anumit domeniu, determinarea coeficientului intelectual pentru subiecţii susceptibili de insuficientă dezvoltare mintală,nivelul de achiziţie actuală şi potenţial al limbajului (vocabular activ şi pasiv) sau un aspect al comportamentului relevant în care se exprimă deficitul. Totodată, prin această examinare se depistează dacă subiectul este receptiv la modificările de conduită favorabile, pozitivante prin achiziţionare de informaţii şi integrarea lor în dezvoltarea personalităţii în mod progresiv, plafonabil, marginalizat sau regresiv.Examinarea psihologică a copiilor handicapaţi psihomotor se realizează prin metoda probelor psihologice şi a testelor, care sînt instrumente de bază în cadrul psihologiei clinice experimentale. Aceasta nu înseamnă că celelalte metode (observaţia, conversaţia, produsele activităţii) nu-şi au valoarea lor în cadrul sistemului de notare şi evaluare a subiectului examinat.

Testele psihometrice au menirea de a pune în evidenţă nivelul dezvoltării mentale într-un sistem clasificabil internaţional,prin determinarea coeficientului intelectual (1). Alegerea unui test pentru un copil handicapat depinde atît de modul în care i se poate explica ceea ce trebuie să facă, cît şi de modul în care el poate răspunde. Dacă subiectul poate verbi şi nu este sever handicapat se foloseşte orice metodă testabilă, verbală şi neverbală, potrivit vîrstei şi nivelului şcolar, mediului ambiental din care provine, iar pentru subiecţii grav handicapaţi (cu nedezvoltarea suficientă

a limbajului) se recomandă a se utiliza probele şi testele neverbale (mai mult prin imitaţie exercitabilă şi modelatorie cu exemplificări repetate pentru reproducerea anumitor taste indicate după o programare adecvată).

Alegerea şi utilizarea testelor în examinarea psihologică, mai ales a copiilor handicapaţi psihomotor, se realizează de către persoane calificate în acest domeniu - psihologi, după criterii ştiinţifice, iar rezultatele examinărilor au valoare informativă şi predictivă în contextul evaluării echipei medico-psihologico-didactice . Din însăşi alegerea şi utilizarea testelor rezultă şi semnificaţia lor, prin ceea ce pun ele în evidenţă ca deficit,în acelaşi timp, întrevăzîndu-se şi procedee specifice de recuperare (2). In acest sens, testele au o anumită adresabilitate în funcţie de vîrstă,sex, mediu de provenienţă, tip de familie şi handicap,în contextul unui diagnostic medical, după ce, în prealabil, prin anumite procedee ştiinţifice au întrunit calităţile şi condiţiile de test.

Pentru a ilustra semnificaţia şi valoarea testelor în cadrul examinărilor psihologice ale copiilor handicapaţi psihomoter, prezentăm în continuare cîteva tipuri de baterii testabile utilizate de noi, cu atît mai mult cu cît ele se adresează vîrstelor mici (1 an pînă la 10 ani), începînd chiar de la vîrsta de 2 luni:

- scalele Bayley sînt destinate copilului mic (2-30 luni) şi cuprind trei părţi componente: Scala mentală, Scala motorie şi Scala comportamentală. Rezultatele obţinute prin aplicarea Scalelor mentale şi motorii au valoare de predicţie mică, oferind posibilităţi numai pentru stabilirea statului prezent al copilului,însă prin depistarea unor întîrzieri în dezvoltare, acestea constituie şi o bază pentru instituirea măsurilor de recuperare timpurie.Fişa de înregistrare a comportamentului ajută psihologul să evalueze natura orientării obiective a copilului spre mediul său: atitudinile, interesele, afectivitatea,energia, activitatea.

- scala Merrill-Palmer pune accentul pe abilităţile neverbale ale copilului între 18-71 luni.Subtestele sînt aranjate în ordinea dificultăţii, pe grupe de vîrstă. Se utilizează pentru copiii autişti, surzi, care nu au dezvoltat limbajul verbal.

- scala Columbia este destinată testării capacităţii intelectuale a copilului (4-11 ani) într-o serie de probe omogene.Testul cuprinde 100 planşe cu desene, presupunînd un "efort de discrimina-

re" pentru recunoaşterea desenului care nu se potriveşte cu celelalte, deci descoperirea principiului de organizare pentru excluderea unui desen. In primele desene excluderea se referă la elemente pur perceptive: formă, culoare, dimensiune, iar în următoarele, subiectul trebuie să descopere un principiu de grupare prin asemănare, apartenenţă la aceeaşi familie, folosinţă comună, serie numerică. Această scală evaluează aptitudinile de conceptualizare şi evidenţiază două tipuri de activitate: perceptiv (4-7 ani) şi de conceptualizare elaborată (peste 7 ani). Scala Columbia nu solicită nici un răspuns verbal şi implică în minimum de activitate motorie; de aceea este recomandată în special pentru copiii cu I.M.C., dar şi pentru afazici, surzi, deficienţi mentali, fiind de o mare utilitate pentru şcolarizarea acestor copii.

- scala de inteligenţă Wechsler pentru preşcolari (W.P.P.S.I.) constă din şase teste verbale: testul de informaţii, vocabular, aritmetică, asemănări, comprehensiune şi fraze (test suplimentar) şi 5 teste de performanţă: casa animalelor, completare imagini, labirint, desen geometric şi testul cuburilor. Diagnosticarea deficienţei mentale cu W.P.P.S.I. depinde de gradul întîrzierii psihice a copilului şi de vîrsta lui în momentul testării, aplicarea scalei presupunînd un nivel minimal al funcţiilor evaluate.

- matricele progresive Raven sînt teste de gîndire logică, subiectul avînd sarcina să aleagă forma corectă dintr-un număr de alternative pentru a completa o structură vizuală. Instrucţiunile la acest test pot fi date verbal sau prin gesturi, iar răspunsul poate fi scris sau indicat. Testul se poate utiliza în cazul copiilor cu handicap motor şi cu inteligenţă normală, dar este prea dificil pentru cei cu handicap mental.

Alte baterii testabile urmăresc depistarea unor deficienţe în cadrul dezvoltării procesualităţii psihice în curs de structurare biolog-relaţională în acţiuni operante individual sau dirijat, cum sînt: WISC, Stanford-Binet, Test motor Ozeretski, Test de vocabular în imagini, Desen om şi casă, Testul familiei şi altele.

Un avantaj preţios pentru înregistrarea progreselor realizate de către subiecţii handicapaţi îl constituie reexaminările (retestările) periodice, de obicei din 3 în 3 luni, în funcţie de forma şi gradul deficitului. Aceste reexaminări probează capacitatea de însuşire a informaţiilor şi de corectare a comportamentului pe baza unor programe speciale pe care le urmăresc părinţii şi cadrele de

educaţie. Cele mai importante programe de evaluare şi înregistrare a progresului mental şi comportamental din cadrul serviciului nostru sînt: programul pentru copiii cu întîrziere psihică, programul Down, programul pentru copii autişti, programul pentru recuperarea motorie şi terapia limbajului. Menţionăm că aceste programe de recuperare nu pot fi aplicate decît dacă se cunoaşte Ghidul Portage şi Scalele Günzburg, ca principale instrumente de evaluare şi stimulare a dezvoltării psihomotorii a copilului.

Ghidul Portage cuprinde 5 domenii de dezvoltare (cognitiv, limbaj, motor, socializare, autoservire) şi o secţiune de stimulare infantilă, evaluîndu-se comportamentul prezent al copilului normal între 0-6 ani, sau avînd un nivel de dezvoltare psihomotorie încadrat între aceste limite de vîrstă. Inventarul Portage asigură un cadru de lucru, permiţînd şi planificarea obiectivelor procesului de învăţare în funcţie de nivelul de bază al comportamentului ţintă. Psihologul alcătuieşte şi conduce acest program care este aplicat de către părinţi sau cadre de educaţie. Pentru comportamentele deficitare se folosesc metode ca: formarea şi modelarea, indicarea (verbală şi fizică), metoda înlănţuirii, diferite tipuri de ajutor şi un sistem special de recompensare bazat, de obicei, pe principiul consolidării comportamentelor bune şi al ignorării comportamentelor negative(3).

Scalele Günzburg sînt desemnate să evalueze şi să reevalueze copilul cu deficit psihomotor în patru domenii de bază: comunicare, socializare, autoservire şi ocupaţie. Rezultatele dezvoltării în aceste domenii sînt înregistrate pe o diagramă (P.P.A.C, P.A.C.-1, P.A.C.- 2), astfel încît deficitele şi progresele (la o reevaluare) sînt uşor de observat. Identificînd abilităţile mai puţin dezvoltate, evaluarea oferă şi un program de învăţare pe itemi în funcţie de capacitatea de învăţare a copilului. Reevaluarea arată dacă educaţia şi pregătirea recuperatorie au fost eficiente după o perioadă de 6 luni. De asemenea, scalele permit o evaluare a personalităţii copilului deficient, folosindu-se o scară de 4 puncte care pot fi unite într-un grafic - profil, ce indică gradul de adaptare la cerinţele mediului.

Examinarea psihologică de psihodiagnostic şi de evaluare - recuperare prin tehnicile şi procedeele lucrative pe care le implică după forma şi gradul deficitului are semnificaţie majoră în

educaţie. Cele mai importante programe de evaluare şi înregistrare a progresului mental şi comportamental din cadrul serviciului nostru sînt: programul pentru copiii cu întîrziere psihică, programul Down, programul pentru copii autişti, programul pentru recuperarea motorie şi terapia limbajului. Menţionăm că aceste programe de recuperare nu pot fi aplicate decît dacă se cunoaşte Ghidul Portage şi Scalele Günzburg, ca principale instrumente de evaluare şi stimulare a dezvoltării psihomotorii a copilului.

Ghidul Portage cuprinde 5 domenii de dezvoltare (cognitiv, limbaj, motor, socializare, autoservire) şi o secţiune de stimulare infantilă, evaluîndu-se comportamentul prezent al copilului normal între 0-6 ani, sau avînd un nivel de dezvoltare psihomotorie încadrat între aceste limite de vîrstă. Inventarul Portage asigură un cadru de lucru, permiţînd şi planificarea obiectivelor procesului de învăţare în funcţie de nivelul de bază al comportamentului ţintă. Psihologul alcătuieşte şi conduce acest program care este aplicat de către părinţi sau cadre de educaţie. Pentru comportamentele deficitare se folosesc metode ca: formarea şi modelarea, indicarea (verbală şi fizică), metoda înlănţuirii, diferite tipuri de ajutor şi un sistem special de recompensare bazat, de obicei, pe principiul consolidării comportamentelor bune şi al ignorării comportamentelor negative(3).

Scalele Günzburg sînt desemnate să evalueze şi să reevalueze copilul cu deficit psihomotor în patru domenii de bază: comunicare, socializare, autoservire şi ocupaţie. Rezultatele dezvoltării în aceste domenii sînt înregistrate pe o diagramă (P.P.A.C, P.A.C.-1, P.A.C.- 2), astfel încît deficitele şi progresele (la o reevaluare) sînt uşor de observat. Identificînd abilităţile mai puţin dezvoltate, evaluarea oferă şi un program de învăţare pe itemi în funcţie de capacitatea de învăţare a copilului. Reevaluarea arată dacă educaţia şi pregătirea recuperatorie au fost eficiente după o perioadă de 6 luni. De asemenea, scalele permit o evaluare a personalităţii copilului deficient, folosindu-se o scară de 4 puncte care pot fi unite într-un grafic - profil, ce indică gradul de adaptare la cerinţele mediului.

Examinarea psihologică de psihodiagnostic şi de evaluare - recuperare prin tehnicile şi procedeele lucrative pe care le implică după forma şi gradul deficitului are semnificaţie majoră în

echipa interdisciplinară medico-psihologică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.Arcan P., Ciumăgeanu D.,: Copilul deficient mintal.Edit.Facla, Timişoara,1980.

2.Cave C., Maddison P.: A Survey of Recent Research in Special Education, NFER Publishing Company Ltd., London,1978.

3.Perkins F.A., Tayler P.D., Capie A.C.M.: Helping the Retarded, British Institute, of Mental Handicap, 1980.

4. Shakespeare Rosemary : The Psychology of Handicap,Londen,1975.

DIAGNOSTICUL PSIHOLOGIC AL CAPACITATII DE ASIMILARE LA COPILUL INSTITUTIONALIZAT 1-3 ANI

CARCEA MARIA-ILEANA, RADIVANSCHI DOINA
Leagănul de copii Iaşi

Prin capacitate de asimilare înţelegem potenţialitatea ereditară care activată în procesul de creştere şi modelare-dezvoltare se structurează astfel încît îi permite copilului integrarea treptată în mediul fizic şi socio-cultural specific.

O parte din această potenţialitate se activează spontan din ultima perioadă a fazei intrauterine şi imediat după naştere,fiind structurată pe de o parte în cerinţele copilului faţă de mediul ambiant, cum ar fi trebuinţele de alimentare,somn, confort fizic, de apărare, de securitate,de orientare şi investigaţii; pe de altă parte, apare structura instrumentelor prin care copilul îşi poate facilita acomodarea, anume capacitatea senzorială generală relativ bine dezvoltată, reacţii motorii primare constituind forme de debut ale conduitei motorii, un început de comunicare- plînsul,ulterior surîsul (3,4). Structura trebuinţelor depăşeşte cu mult pe cea a disponibilităţilor instrumentare, ceea ce determină dependenţa totală a copilului de adult,evoluţia lui, activarea potenţialităţilor native fiind condiţionată de modul în care adultul îşi exercită funcţia de ocrotire.

In mod normal acest rol de ocrotitor îi revine mamei, implicînd cu timpul şi ceilalţi membri ai familiei, copilul dezvoltîndu-se spontan în cadrul natural al acesteia.

In situaţii deosebite, cum este cazul ocrotirii instituţionalizate, copilul creşte într-un mediu artificial care-şi pune amprenta asupra dezvoltării lui, în special datorită frustraţiilor afective în sfera relaţiilor copil-adult. Din acest motiv, în colectivităţile închise trebuie să urmărim crearea unui mediu artificial cît mai aproape de cel natural, astfel încît prin organizare, prin educaţie programată, să fie activate la timp potenţialităţile native specifice primei copilării.

Datorită particularităţilor de ocrotire în colectivităţi închise, copiii crescuţi în aceste condiţii au o evoluţie diferită de cei crescuţi în familie, specific atît sub aspect somatic cît şi psihomotor.

Examenul psihologic efectuat periodic pune în evidenţă faptul

că pe plan psihometer această specificitate se reflectă în apariţia întîrziată a unor achiziţii esenţiale cum ar fi: mersul independent, limbajul activ şi pasiv, acţiunile intenţionale, masticaţia, autoservirea, controlul sfincterian, achiziţii ce condiţionează cîştigarea unui început de autonomie faţă de adult.

Modelele pe care le folosim pentru determinarea nivelului de dezvoltare psihometer al copilului (2), pe lîngă o apreciere globală permite şi o analiză pe domenii comportamentale, adică motor, cognitiv, verbal şi socio-afectiv, fără a da indicii asupra evoluţiei ulterioare a copilului. Din acest motiv propunem o evaluare mai elastică decît simpla determinare a vîrstei psihomotorii, evaluare care să înglobeze şi capacitatea de asimilare, posibilităţile de învăţare, în aşa fel încît examenul psihologic să permită o anumită intuire a tendinţelor de dezvoltare a copilului.

In ceea ce priveşte aprecierea acestei capacităţi de asimilare se poate realiza prin următoarele metode:

- observarea copilului atunci cînd este pus într-o situaţie relativ nouă în activitatea spontană;

-urmărirea ritmului de evoluţie într-un interval mai mare de timp;

In practica de specialitate se utilizează testele de învăţare (1), aplicîndu-se la vîrsta şcolară şi preşcolară; în cazul nostru, lucrînd cu antepreşcolari, folosim noţiunea de probă, dat fiind faptul că teste examinările noastre se desfăşoară în condiţii nestandardizate.

Optăm pentru folosirea probelor de învăţare deoarece acestea pot fi considerate ca mijloace de antrenare a întregii personalităţi. La copiii instituţionalizaţi care în marea lor majoritate sînt dornici de a coopera cu adulţii, însăşi relaţia subiect-examinator are o puternică încărcătură afectivă pozitivă, stimulatoare. Astfel, aplicarea acestor probe, pe lîngă îmbogăţirea bagajului informaţional al copilului, are şi un puternic rol formativ, de modelare a personalităţii.

Am încercat folosirea acestor probe de învăţare după metoda Vigotski, prezentat de J.Guthke în "Zur Diagnostik der intellectuellen Lernfähigkeit", adaptînd itemi deja existenţi în inventarele de dezvoltare pe care le folosim pentru stabilirea nivelului de dezvoltare.

Se lucrează cu grupa de vîrstă 1-2 ani specifică secţiei

noastre, probele fiind aplicate copiilor cu întîrziere uşoară în dezvoltarea psihomotorie şi celor care prezintă întîrzieri în sfera cogniţiei şi a limbajului.

Proba constă în stabilirea nivelului la care subiectul răspunde spontan la o anumită solicitare, de exemplu suprapunerea a două cuburi după demonstraţie; itemul se cere a fi rezolvat la vîrsta de 15 luni. Dacă copilul efectuează corect, încercăm să-l antrenăm într-un joc care să permită repetarea acestei acţiuni pînă la deplina fixare, urmînd să-l învăţăm suprapunerea a 3-4 cuburi, performanţă specifică vîrstei de 18 luni respectiv 21 luni.Se reia jocul de 2-4 ori la interval de o zi,mărind treptat intervalul pînă se efectuează 7-10 astfel de repetiţii în funcţie de atitudinea copilului, de uşurinţa realizării şi timpul de execuţie.

La următoarea examinare, care are loc la aproximativ 3 luni de la examenul iniţial, timp în care copilul participă la programul obişnuit al grupei, se verifică operativitatea celor învăţate. In cazul exemplului dat se cere (fără demonstraţie) copilului construirea " unui turn mare, cît mai mare" stabilind astfel în funcţie de performanţa copilului,etapele însuşite în urma probei de învăţare.

Din cei 41 de copii cu care s-a lucrat - vîrsta cronologică între 1 an şi 1 an şi 6 luni şi vîrsta psihomotorie în jur de 12 luni - se constată:

- 2 copii de 1 an îşi însuşesc o singură etapă de dezvoltare; de asemenea 5 copii de 1 an 3 luni şi 2 copii de 1 an 6 luni;
- 25 copii şi-au însuşit două etape de dezvoltare,din care 4 au fost de 1 an 3 luni şi 21 de 1 an 6 luni;
- 7 copii şi-au însuşit 3 etape de dezvoltare, unul era de 1 an şi 3 luni şi 6 copii de 1 an 6 luni.

Numărul de repetiţii necesare pentru obţinerea acestor achiziţii variază de asemenea, în funcţie de vîrsta cronologică ; cei 2 copii de 1 an au avut nevoie de 10 repetiţii ; copiii de 1 an 3 luni de 6-8 repetiţii, pe cînd copii de 1 an 6 luni au învăţat în majoritatea după 4-6 repetiţii.

Pe baza unei singure probe de învăţare nu putem aprecia capacitatea de asimilare a unui copil. Trebuie să aplicăm în mod asemănător mai multe probe care să implice domenii comportamentale diferite. Astfel, la vîrsta psihomotorie de 12 luni se pot aplica sub formă de probe de învăţare următorii itemi:

Scanned with OKEN Scanner

- posturi de echilibru, mersul;

- operarea cu forme geometrice (încastrări), activitatea de construcţie, recunoaştere de imagini;

- limbajul activ;

- manifestări de autoservire - deprinderi de hrănire.

In cazul copilului care obţine realizări pozitive asemănătoare la mai multe probe, apreciem o capacitate de asimilare pe plan psihomotor superioară nivelului de dezvoltare. Este cazul a peste 76% din copiii examinaţi din grupa de vîrstă 1-2 ani.

Capacitatea de asimilare poate fi:

- <u>normală</u> - atunci cînd în urma probei de învăţare, copilul realizează performanţele următoarei etape de dezvoltare;

- <u>superioară</u> - atunci cînd în urma probei de învăţare copilul realizează performanţele cerute peste două sau mai multe etape de dezvoltare;

- <u>inferioară</u>, sau <u>deficitară</u> - atunci cînd copilul nu reuşeşte să asimileze cerinţele etapei următoare, ceea ce duce la întîrziere în dezvoltarea psihomotorie.

Diagnosticarea capacităţii de asimilare are valoare predictivă, mai ales pentru situaţiile în care copilul urmează să fie externat din colectivitatea închisă şi înserat în familie.

In cazul copiilor instituţionalizaţi în continuare, stabilirea nivelului de dezvoltare psihomotorie şi a capacităţii de asimilare permite întocmirea unui program individual de stimulare care să asigure alături de măsurile de profilaxie medicală, dezvoltarea copilului în limite normale, examinarea însăşi constituind o acţiune de stimulare individuală intensă.

Copiiler cu întîrziere uşoară în dezvoltarea psihomotorie dar cu o capacitate de asimilare superioară trebuie să li se asigure un program de stimulare în vederea normalizării acestei dezvoltări. Folosim termenul de normalizare, înţelegînd prin aceasta un proces dinamic care să urmărească realizarea unor achiziţii individuale în măsură să reducă întîrzierea psihomotorie într-un ritm care să permită atingerea în cît mai scurt timp a stării de normalitate psihomotorie în limitele admise.

Copilul cu întîrziere medie în dezvoltarea psihomotorie, dar cu capacitate de asimilare normală, după o perioadă de 6-9 luni în care s-a desfăşurat activitate intensă de stimulare individuală, începe să facă achiziţii care duc la reducerea întîrzierii anteri-

care, dînd dovadă de o creştere a capacităţii de asimilare.

Intîrzierile globale grave sînt însoţite în majoritatea situaţiilor şi de un deficit somatic accentuat, de distrofii de gradul doi sau trei. In aceste situaţii se recomandă a se acorda prioritate ameliorării stării de nutriţie, planul de stimulare psihomoterie fiind astfel întocmit încît să sprijine acest scop principal.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Guthke J.- Zur Diagnostik der intellectuallen Lernfähigkeit, D.V.W., Berlin,1972.
2. Roşca M.- Metode de psihodiagnostic. Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti,1972.
3. Schiopu M., Vuza E. - Psihologia vîrstelor. Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti,1981.
4. Vincent Reza - Cunoaşterea copilului. Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti,1972.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNIFICATIA EXPLORARILOR PSIHOLOGICE ŞI A PSIHOTERAPIEI LA NIVELUL UNUI LEAGAN DE COPII

PAULA GHEORGHIU, AURELIA TUDORANU, C.BARABOLSCHI
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Perioada de vîrstă de la o lună la 3 ani este fundamentală pentru viaţa psihică a copilului, prin achiziţiile pe care le dobîndeşte în actele de învăţare, ce-l transformă dintr-un individ biologic, la naştere, într-un individ uman. Dezvoltarea psihică este un proces continuu de structurare şi restructurare a funcţiilor şi proceselor psihice, de la cele simple la cele complexe, de la senzaţii, percepţii şi reprezentări de memorie, de la gîndirea concretă la cea abstractă, la imaginaţie şi viaţă afectivă.

Dezvoltarea psihică a copilului de 0-3 ani oglindeşte relaţiile instituite între diferitele aspecte ale activităţii sale specifice: mişcarea, ca important supert pentru evoluţia cunoaşterii, pentru lărgirea sferei perceptive, a reprezentărilor, pentru extinderea raporturilor cu mediul exterior şi pentru lărgirea sferei sociale. La această vîrstă, normalitatea psihică se manifestă în mod esenţial şi caracteristic prin motricitate, activităţi de cunoaştere şi verbire, afectivitate şi sociabilitate.

Vîrsta 0 - 3 ani este vîrsta dezvoltării psiho-motorii, psihomotricitatea definindu-se ca o funcţie complexă ce integrează şi conjugă aspecte motrive şi psihice, şi care determină reglarea comportamentului individului. Utilitatea detestării timpurii a unei eventuale anormalităţi a dus la ideea stabilirii normelor evoluţiei copilului pentru respectiva perioadă. Majoritatea autorilor care s-au ocupat de aceste vîrste sînt de părere că noţiunile de "vîrstă mintală"(V.M.) şi " coeficient de inteligenţă" (Q.I) nu sînt aplicabile în cazul copiilor foarte mici. De aceea, pe urmele lui A. Gesell, s-a preferat utilizarea termenului de "coeficient de dezvoltare (Q.D.), ce reprezintă, în fond, un raport între "vîrsta maturizării"(V.M.) şi "vîrsta cronologică"(V.C.), coeficient ce este estimat prin utilizarea scalelor de dezvoltare psihometrică. In afara celei elaborate de Gesell, se mai utilizează în practica studierii copilului foarte mic scalele alcătuite de Buhler şi Hetzer, Brunet-Lézine, Ozereski, Vineland, Bayley, Uzgivis-Hunt. La noi în ţară, Colectivul de igienă şi sănătate publică din Bucureşti a alcătuit o " Metodologie de examinare şi urmărire a dezvoltării neuropsihice la copiii între 1-36 luni", iar Centrul de neuropsi-

hiatrie infantilă de la Timişoara a elaborat un ansamblu de "Fişe de dezvoltare psiho-motrică".

Pornindu-se de la exemplul lui Gesell şi al colaboratorilor săi în alcătuirea acestor scale, s-a plecat de la alegerea comportamentelor considerate a putea da cele mai multe informaţii despre maturitatea şi organizarea sistemului neuro-motric, distribuite în următoarele sfere principale:

a. comportamentul motor, care cuprinde: controlul postural, locomoţia, prehensiunea şi controlul mîinii;

b. limbajul, ce este urmărit sub aspectele: vocalizării, ale înţelegerii cuvintelor, conversaţiei şi reproducerii verbirii;

c. conduita adaptativă, ce cuprinde o gamă largă de manifestări, în primul rînd coordonarea ochi-mînă în apucarea, explorarea şi manipularea obiectelor, precum şi capacitatea de a elabora soluţii pentru problemele practice simple, create de examinator;

d. conduita personală şi socială, care reflectă modul cum estimează influenţele culturale, de la formele foarte simple (deprinderile legate de hrănire şi evacuare) pînă la manifestările de iniţiativă şi independenţă, precum şi cantitatea de informaţii de care el dispune.

Majoritatea autorilor scărilor de dezvoltare psihomotrică subliniază ideea că aceste liste, urmărind dezvoltarea psihomotorie a copilului mic, trebuie să fie folosite în principal pentru stabilirea dezvoltării curente a statusului şi mai puţin pentru a preciza nivelul capacităţilor ulterioare. Dezvoltarea capacităţilor ce face ca prognosticul pe termen mai îndelungat să aibă o valoare destul de scăzută.

Scalele pot fi mult mai utile însă în detectarea timpurie a dificultăţilor şi deficienţelor senzoriale pe care le poate manifesta copilul, a tulburărilor emoţionale ale acestuia, precum şi a deficitului în adaptarea la mediu.

Examinarea psihologică a copilului de la 0 la 3 ani, internat într-o unitate închisă de tip "leagăn", are ca scop urmărirea dezvoltării psihice a copilului, posibilitatea de a pătrunde în specificul modului de evoluţie a copilului instituţionalizat, sesizarea diferenţelor ce constituie fenomene negative, deviante de la normal, pentru a formula, în termeni de profilaxie şi terapie, ce este necesar pentru prevenirea unor tulburări sau întîrzieri şi, de asemenea,

nea, ce măsuri trebuie instituite pentru anularea,ameliorarea sau compensarea acestora, dacă ele au apărut deja în dezvoltarea copilului.

S-a constatat că dezvoltarea psihomotrică a copilului instituţionalizat este foarte diferită de cea a copilului ocrotit în familie. Internarea şi, deci, separarea de mamă are loc într-o perioadă de maximă intensitate şi rapiditate a dezvoltării morfo-funcţionale a sistemului nervos care, în cea mai mare parte,se desfăşoară în cursul perioadei intrauterine, la vîrsta de sugar şi în cea antepreşcolară. Condiţiile nefavorabile de dezvoltare, mai întîi de ordin biologic, apoi de ordin biologic în interferenţă cu cele de ordin psihosocial, pot influenţa negativ această dezvoltare în diferitele ei faze.

In cursul perioadei de sugar, deşi activitatea centrilor subcorticali continuă să fie preponderentă, evoluţia sistemului nervos stă sub semnul unei corticalizări progresive, iar aceasta este strîns legată de experienţele trăite şi de gradul de solicitare din partea mediului. In această perioadă, dezvoltarea sistemului nervos depinde şi poate fi perturbată de factori din mediul fizic, economic, psihologic şi social. De pildă, starea de nutriţie a copilului este determinantă în mod direct cu dezvoltarea creierului său, a sistemului nervos în general şi, deci, a performanţelor intelectuale. Dezvoltarea psihomotorie a copiilor ocrotiţi în colectivităţile închise de tip leagăn se realizează în condiţii cu totul diferite: lipsa mamei, ce produce un handicap afectiv grav,penuria de cadre; sărăcia de stimuli, hospitalismul, malnutriţia în antecedente etc.

Pornind de la evidenţa că dezvoltarea psihomotorie a copilului instituţionalizat este diferită de cea a copilului ocrotit în familie, precum şi de la ideea că efectul maxim se obţine cu cît stimularea începe mai devreme, în Secţia a II-a a Leagănului de copii (secţie profilată pe recuperarea deficienţelor neuro-psihomotorii) s-a abordat problema recuperării multidimensional prin prisma echipei multidisciplinare (medic - pediatru, psiholog,medic N.P.I., logoped, profesor C.F.M., asistenţe medicale, instructori de educaţie). Procesul de recuperare a întîrzierilor neuropsihomotorii ale copiilor instituţionalizaţi are drept scop normalizarea copilului, dobîndirea abilităţilor caracteristice ale dezvoltării copilului antepreşcolar. Acestea se referă la:

1.dobîndirea mersului independent şi cîştigarea autonomiei în: a. autoservirea în timpul hrănirii şi folosirea mîinii în general; b.mobilitatea generală; c. controlul sfincterelor; d.îmbrăcarea.

2. dezvoltarea verbirii;

3. dezvoltarea disponibilităţilor afective;

4. dezvoltarea sociabilităţii.

Evaluarea stării de sănătate - fizică şi psihică - a antepreşcolarului se face prin:

I. Examenul general somatic;

II. Examinarea dezvoltării psihomotorii prin metodele: 1.Observaţia - în scopul evaluării nivelului comportamental, analizei motivaţionale, înregistrării comportamentelor neadecvate (absenţa masticaţiei, agitaţia, apatia, inerţia, ticuri şi stereotipii dinamice); 2. Stabilirea vîrstei de dezvoltare psihomotorie prin scalele în uz; 3. Discuţii cu personalul de îngrijire;

III. Examenul neuropsihiatric.

Evaluarea stării de sănătate a copilului urmăreşte: 1.stabilirea legăturii dintre vîrsta cronologică şi cea psihomoterie; 2.stabilirea legăturii dintre dezvoltarea somatică şi cea psihomoterie; 3.decelarea diferitelor deficienţe neurologice; în scopul întocmirii programelor individuale de recuperare a copiilor.

Pregramul de recuperare a întîrzierilor psiho-moterii cuprinde:

1.Ameliorarea stării de nutriţie. Experienţa ne-a arătat că mai mult de 50% din copiii deficienţi au drept cauză primară stările de malnutriţie, stări ce produc întîrzieri în maturarea morfofuncţională a creierului. Acesteia i se adaugă infecţiile,fiind binecunoscut sinergismul malnutriţie-infecţie.

2.Intocmirea programelor individuale psiho-educaţionale şi a programelor psiho-educaţionale de grup vizînd formarea de cunoştinţe stabile şi deprinderi, modificarea comportamentelor neadecvate,stimularea socializării copiilor(psiho-terapie de grup-jocul).

3. Corectarea tulburărilor de vorbire prin terapie logopedică specializată.

4. Kineteterapie şi fizioterapie pentru recuperarea motorie a copiilor deficienţi.

5. Tratamentul medicamentos adjuvant cu caracter specific (mai ales la copiii cu tare ereditare) sau trofice generale.

1.dobîndirea mersului independent şi cîştigarea autonomiei în: a. autoservirea în timpul hrănirii şi folosirea mîinii în general; b.mobilitatea generală; c. controlul sfincterelor; d.îmbrăcarea.

2. dezvoltarea vorbirii;

3. dezvoltarea disponibilităţilor afective;

4. dezvoltarea sociabilităţii.

Evaluarea stării de sănătate - fizică şi psihică - a antepreşcolarului se face prin:

I. Examenul general somatic;

II. Examinarea dezvoltării psihomotorii prin metodele: 1.Observaţia - în scopul evaluării nivelului comportamental, analizei motivaţionale, înregistrării comportamentelor neadecvate (absenţa masticaţiei, agitaţia, apatia, inerţia, ticuri şi stereotipii dinamice); 2. Stabilirea vîrstei de dezvoltare psihomotorie prin scalele în uz; 3. Discuţii cu personalul de îngrijire;

III. Examenul neuropsihiatric.

Evaluarea stării de sănătate a copilului urmăreşte: 1.stabilirea legăturii dintre vîrsta cronologică şi cea psihomotorie; 2.stabilirea legăturii dintre dezvoltarea somatică şi cea psihomotorie; 3.decelarea diferitelor deficienţe neurologice; în scopul întocmirii programelor individuale de recuperare a copiilor.

Programul de recuperare a întîrzierilor psiho-motorii cuprinde:

1.Ameliorarea stării de nutriţie. Experienţa ne-a arătat că mai mult de 50% din copiii deficienţi au drept cauză primară stările de malnutriţie, stări ce produc întîrzieri în maturarea morfofuncţională a creierului. Acesteia i se adaugă infecţiile,fiind binecunoscut sinergismul malnutriţie-infecţie.

2.Intocmirea programelor individuale psiho-educaţionale şi a programelor psiho-educaţionale de grup vizînd formarea de cunoştinţe stabile şi deprinderi, modificarea comportamentelor neadecvate,stimularea socializării copiilor(psiho-terapie de grup-jocul).

3. Corectarea tulburărilor de vorbire prin terapie logopedică specializată.

4. Kineteterapie şi fizioterapie pentru recuperarea motorie a copiilor deficienţi.

5. Tratamentul medicamentos adjuvant cu caracter specific (mai ales la copiii cu tare ereditare) sau trofice generale.

6. Terapia chirurgicală - acolo unde este cazul.

Scopul întregii munci de normalizare psihomotorie a copilului este, în cele din urmă, reducerea handicapului social al copilului instituţionalizat , pentru buna sa integrare în grădiniţă, şcoală, societate în general.

(Bibliografia la autori)

Scanned with OKEN Scanner

Tulburări de limbaj
Logopedie și asistență psihopedagogică

Scanned with OKEN Scanner

TULBURARILE LIMBAJULUI IN PRACTICA PEDOPSIHIATRICA

C.ROMANESCU
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi

Parcurgînd procesul dinamicii psihice intersectat de apariţia gîndirii, precursoare a limbajului (este inacceptabilă identificarea acestor fenomene, concepută de psihologii mai vechi) copilul este marcat fundamental de menţionatele etape. In domeniul neuropsihiatriei infantile, atît gîndirea (greu de obiectivat) cît mai ales limbajul, constituie subiecte relevante.Vom aborda, în acest cadru, numai al doilea proces, limbajul.

Incadrat în capitolul larg al comunicării, limbajul se construieşte în timp, prin referinţe obiectuale realizate la etapele clasic admise - începînd de la 11 luni şi rareori mai devreme) referinţe de importanţă capitală în aprecierea pregredienţei spirituale a subiectului; o noţiune relativ nouă asupra căreia insistă, printre alţii şi Gustav Erdei este este autoperfecţionarea exprimării în vîrsta copilăriei, training determinant în realizarea performanţelor. Noi vedem, în această explorare nuanţată, complexă şi destul de nesigură, ca orice proces de autoînvăţare,totodată originea unor perturbări de tipul balbismului implicînd, concomitent şi perturbări nevrotice predominant afective - mergînd chiar pînă la "criză de efect" sau la reacţii similare (care au semnificaţia unei reacţii nevrotice de eşec).

După cum se ştie suportul neurofuncţional asigurînd evoluţia limbajului îl constituie neocortexul "verbal", ariile 44,45 din emisferul cerebral dominant (stîng - în proporţie de 93-98%, în funcţie de statistici şi determinări etnogenetice, procentul corespunzător realizînd varianta normală, fiziologică.Din 1945-1950 în special datorită cercetărilor americane varianta "stîngaciului" (al cărei dinamică cerebrală în formarea limbajului se situează în emisferul cerebral drept) considerată ca o excepţie anatomică a devenit, în consens unanim, o simplă variantă a normalităţii. Florica Bagdasar, pe baza acestor studii, a insistat asupra necesităţii de a se recunoaşte în practica pedagogică normalitatea acestei variante care, în cadrul procesului didactico-educativ (cămin şi mai ales clasa I elementară) necesită a fi acceptat ca atare. Observaţia apariţiei unor manifestări de tip balbic şi chiar a unor logopatii grave la copiii stîngaci prin destin ere-

ditar, siliţi la şcoală să scrie cu mîna dreaptă (şi nu cu stînga, după formula patternului biologic) este foarte sugestivă. Astfel de incidenţe, pe care pedagogi ca Schaffer şi Dartmager[2] le consideră a constitui "cea dintîi rezervă a fondului logopaţilor" (există, de altfel, binecunoscuta fază de indecizie stînga-dreapta care, predomină, funcţional, fiziologic, în vîrsta preşcolară, care şi ea sugerează imaturizarea anatomo-fiziologică a procesului formării relaţiilor somatico-verbale în preajma vîrstei de 7 ani.

O achiziţie mai recentă, care constituie o adevărată capcană pentru medicul, psihologul sau pedagogul (logopedul) neavizat este disfuncţia vorbirii apărută relativ brusc, la un copil neparticularizat printr-un nevrozism constituţional, putînd însă deveni sechelar un copil nevrotic, în cazul cînd disfuncţia reflectă o suferinţă encefalitică ignorată de familie sau nediagnosticată de medic. Această incidenţă care, în unele epidemii de encefalite virotice sînt relativ frecvente (encefalitele nediagnosticate mergînd pînă la 8-18%, după Maria Franche[3]) nu sînt, în condiţiile contemporane, excepţionale. Fiind în speţă sechele de encefalită de tip afazic - sau anamneso-afazie, survenite pe un fond anatomo-fiziologic, în plină dinamică, mai ales la copiii care învaţă concomitent încă una sau două limbi pe lîngă aceea a familiei, nu necesită atît un tratament cît, mai ales, o rapidă identificare diagnostică (totdeauna, desigur, retrospectiv, encefalita acută sau subacută fiind depăşită). Tratamentul medical se va obţine de la orice terapie excitantă cerebral, cît priveşte pe logoped, intervenţia lui trebuie nuanţată de la caz la caz, ea bazîndu-se pe o simplă orientare, pe reînvăţarea sistemului verbal mai mult decît pe acela al stimulării procesului cumulativ. Comportamentul ideal pare a fi în aceste cazuri întreruperea efortului de învăţare, asigurarea unei perioade de odihnă de cîteva luni, necesară redeprinderii stereotipiilor limbajului, perturbate de suferinţa neuronală care a afectat-o anterior. Prognosticul evoluţiei limbajului, cu respectarea condiţiilor menţionate este bun. Paradoxal, cum am observat şi noi, în aceste situaţii neglijarea terapeutică este preferabilă unei terapii; copiii aflaţi în acest impas proveniţi din medii socio-familiale mai puţin cultivate, evoluează mai bine în mod spontan, decît aceea asupra căreia se exercită o reînvăţare care poate avea consecinţe similare oricărui proces determinînd

efecte nervoase supraliminare.

Intre 6 şi 8 ani limbajul uzual este în mod normal,finisat în cadrul fondului său lexical şi expresiv pentru limba maternă; el poate fi în aceeaşi măsură finisat pentru încă una, două şi chiar trei limbi, învăţate concomitent, ca şi pentru expresia muzicală, melodică pe care unii autori o includ aceleaşi sau aproape aceleaşi arii de învăţare[4]). De la această vîrstă implicaţiile survenite, ca disfuncţii ale limbajului nu mai au un caracter legat de evoluţia învăţatului, fiind determinat de cauze care sub criteriul etiologic, le apropie de tulburările limbajului întîlnite ale adultului avînd, desigur, unele particularităţi care relevează amprenta vîrstei (manifestările nevrotice la copil şi adolescent, totdeauna prezente sînt mai proteiforme decît cele ale adultului suferind de tulburarea expresiei verbale; ele sînt totuşi relativ benigne cu excepţia cazurilor de deteriorări cerebrale masive, şi într-un procent de 80% recuperabile(Străchinaru[4]); enurezisul, care le însoţeşte, inconstant, dar nu excepţional este şi el o amprentă a vîrstei, niciodată întîlnit la adultul logopat.

De la această vîrstă clinica tulburărilor de limbaj este similară cu aceea a adultului. După diferiţi autori aşa cum menţionează şi D.S.M.III - aceste tulburări se pretează la interpretări foarte variate, existînd unele puncte de vedere strict personale deseori greu de recunoscut într-o sistematică utilizabilă în practică. Sub influenţa unor "puncte de vedere" aparţinînd cibernetic-ienilor, aceste clasificări ar trebui reorganizate printr-o investigaţie a raportului de simetrie-dismetrie, creer drept/creer stîng. Autorii japonezi [5](ramura, Tasaki consideră că în aceste consideraţii se include de la sine capacitatea "auditive-muzicală" ca element integrator al învăţării şi mai ales al perfecţionării procesului de expresie prin limbaj (S-au creat centre de recuperare logopedică profilate în învăţarea de acest fel, începînd din 1980).

Dar, dincolo de ipotezele formulate care ar putea aduce/ (dacă se vor aduce) cunoştinţe mai ample privind fiziopsihologia limbajului, în prezent expunerea tulburărilor acester funcţii la la copil poate fi, cuprinzător, inclusă în-una din schemele clasice (de ex.Predescu, "Tratat de psihiatrie" -1979). Noi recurgem în acest sens, la clasificarea mai nouă propusă de: C.Tudose, F.Tudose şi C.Gorges, adaptată la realitatea practici-pedopsihia-

trice cotidiene. Utilizăm în context cu majoritatea autorilor, expresia neuropsihiatriei infantilă" pînă la 7-8 ani şi acces de "pedopsihiatrie" dincolo de această vîrstă).

Astfel, propunem următoarea schemă orientativă în logopatologia vîrstei şcolare 7-16-18 ani), schemă pe care o preferăm condiţiilor diagnostice existente la nivelul centrelor ambulatorii sau spitaliceşti, diagnosticarea implicînd triada medic-psiholog-logoped, toţi preferabil de formaţie iniţial pediatrică sau avînd experienţă suficientă în această activitate cu specific distinct în patologie (Serge Lebovici, Serghei Dyatkin şi Melanié Klein, consideră în spiritul viziunii exclusiv psihanalitice că orice logoped trebuie să fie diplomat psiholog, restul medicului fiind redus numai la diagnosticarea neurologică - (nu neapărat şi psihiatrică - a cazului respectiv).Schema pe care o menţionăm cu caracter practic,orientativ, nerestrictiv - în sensul acceptării aprieri a unor variante clinice şi mai ales a unor nuanţe de expresie - este următoarea:

Tulburări ale expresiei verbale

a) avînd fluenţă verbajului (debitul)

- limbaj excitat, precipitat - normal;
  - nevrotic;
  - eventual prepsihotic în unele trăiri afective excesive, traume psihice,reacţii confuzive de spaimă.
- baverdajul - fără semnificaţie patologică; îl considerăm o atitudine de limbaj,relativ frecventă la această vîrstă, indusă de agresivitatea spontană("hiperergia" - Ajuriaguarra) caracteristică adolescentului şi întreţinută de factori socio-etno-culturali.
- logoreea - de cele mai multe ori relevînd o structură ciclopată(cicloidă) mai rareori determinată de reacţii nevrotice.

• inactivitatea verbală – mutismul frecvent, chiar fiziologic, atestînd timiditate sau negativism în limitele psihologice normale e vîrstei;(mutism episodic,redus la ore).

– mutism episodic:
cauze determinînd inhibiţii "de tip baraj" de domeniul psihiatrului.

– mutism prelungit pînă la 4 ani;
cauzat de structuri interiorizate, dar neschizofrenice (unii autori Ion Nicolau, Maria Kanner,T. Măreulescu) îl consideră de prognostic bun,atestînd uneori un intelect superior).

b) Tulburări vizînd ritmul verbirii (discritmii în expresie).

• ritmul neregulat – frecvent la afazici,relativ frecvent la oligofreni – a se diferenţia:-(EEG,examen neurologic,psihiatric,toate în evoluţie comparativă).

• tahifemia (accelerarea ritmului)-în insomnii, automatisme oniroide (similar cu logoreea, dar particularizat prin evoluţi i şi durată).

• bradifemia(încetinirea ritmului)- în epilepsiile organizate spre cronicitate, în sindroame oligofrenice (OM sau imbecilitate), în debutul unor schizofrenii precocissime, rareori în autism unde domină mutismul sau discritmia agitată (accelerare dezorganizată).

• afemia (isterie,autism,mutism,audio-mutitate)

c) Tulburări ale intensităţii şi intonaţiei.
Debut stări reactive (intensitate precipitată de durată, ore, zile), isterie, surditate (examen acuitate auditivă)

d) Tulburări mixte de vorbire (fluenţă, intensitate,ritm)

In: – logonevroze;
– psihopele infantile (Leibovici, Ajuriaguera);
– autismul infantil (Kanner);
– balbismul de toate formele.

e) Tulburări de intonaţie verbală.
Intensitate (mai ales scăzută) în depresii, melancolii, timiditate persistentă, intensitate crescută (mai rară), în stări reactive, surdităţi subclinice.

f) Tulburări fonetice.
Dezartrii (în encefalite, mai ales forme pseudotumorale de fosă posterioară, interesînt echilibrul şi cerebelul frecvente la copil), p.g.p. boala lui Wilson, leuconevraxite, isterie, psihoze (schizofrenia precocissima Sancte di Sanctis) şi psihoze post traumatism craniocerebral.
Balbism - frecvent în logonevroze, uneori prin durată realizează o logopatie cronică.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

UNELE PARTICULARITATI ALE FORMARII SI DEZVOLTARII LIMBAJULUI COPIILOR DIN SISTEMUL DE OCROTIRE SI INVATAMINT SPECIAL

IOLANDA MITITIUC
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

In scopul desprinderii unor particularităţi apărute în evoluţia limbajului (oral şi scris) copiilor de vîrstă preşcolară şi şcolară (cls.I-VIII) a fost efectuat un studiu în patru unităţi din municipiul Iaşi; Casa de copii preşcolari, Casa de copii şcolari, Şcoala Ajutătoare, Centrul logopedic interşcolar.

Aceasta a necesitat asistarea la diferite tipuri de activitate începînd cu grupa mică şi terminînd cu clasa a VIII-a, aplicare de probe, activităţi şi probe care aveau drept obiectiv principal formarea deprinderilor de exprimare orală şi scrisă, consultarea programelor şcolare, discuţii cu conducerile unităţilor respective cu educatorii, cu învăţătorii şi profesorii de limba română, studierea caietelor de desen (în special la preşcolari), de scriere şi limba română la şcolarii claselor I-IV, V-VIII, precum şi a diferitelor materiale didactice .

Complexitatea acestei probleme, precum şi specificul fiecărei unităţi analizate, a impus studierea şi interpretarea diferenţiată a evoluţiei limbajului copiilor din aceste unităţi precum şi a rezultatelor obţinute de către cadrele didactice.

Deşi programele la preşcolari şi şcolari din reţeaua sistemului de ocrotire prevăd aceleaşi obiective care urmează să fie realizate prin aceleaşi procedee ca în învăţămîntul de masă, rezultatele nu sînt şi nu pot fi aceleaşi, în special în direcţia formării şi dezvoltării limbajului oral şi scris şi aceasta dintr-o serie de cauze obiective, cauze care nu pot fi evidenţiate dacă nu le vom analiza comparativ, pe tot parcursul evoluţiei, cu a copilului crescut în familie.

Dacă în familie, în decursul primilor trei ani, limbajul copiilor, sub influenţa părinţilor în primul rînd, înregistrează progrese rapide, sub diferite aspecte: fonetic, lexical, gramatical, apărînd şi dezvoltîndu-se funcţii noi ale limbajului, care devine tot mai închegat, mai coerent, copilul însuşindu-şi în linii mari pronunţia fonemelor limbii, copilul de trei ani venit de la leagăn, are un limbaj foarte puţin dezvoltat, folosind intens mijloace de comunicare neverbale pentru a se face înţeles. La aceştia se obser-

vă o foarte slabă atenţie (în special auditivă,pentru cuvînt) şi nişte deprinderi (de a asculta, de a memora, de a reproduce) insuficient formate, copilul prezentîndu-se deja la această vîrstă cu un evident handicap de limbaj dar şi intelectual (dată fiind interdependenţa limbaj-gîndire).

Dacă după vîrsta de trei ani, la copilul crescut în familie, în limbajul situativ cedează tot mai mult locul limbajului contextual la copilul preşcolar din Casa de copii, limbajul situativ abia se formează şi el constituie baza de dezvoltare a limbajului viitor.

Dacă la patru ani şi jumătate - cinci ani şi jumătate, trebuie să apară deja interiorizarea limbajului, intensificîndu-se funcţia sa cognitivă, precum şi cea reglatoare, pentru ca el să-şi planifice mintal şi să-şi regleze procesele psihice, conduita, la preşcolarii din Casa de copii, chiar la grupa mare, predomină încă limbajul situativ, fiind necesară sprijinirea pe material intuitiv, ceea ce întîrzie formarea limbajului contextual, coerenţa şi cursivitatea vorbirii.

Lăsînd la o parte deocamdată, greşelile de pronunţie, care abundă, şi privind limbajul ca atare, se observă că ajung la 6 ani, în prag de şcolarizare, o mare parte dintre ei, imaturi şcolari,atît sub aspectul limbajului, cît şi al intelectului.

In limbajul acestor copii se observă o relatare a povestirilor impresiilor, adesea incoerentă,inexpresivă, avînd nevoie de numeroase întrebări de sprijin. Această imposibilitate a verbalizării duce la deficienţe ale formulării noţiunilor.

La foarte mulţi copii se observă şi inabilitate manuală,mişcării ale mîinilor intens necoordonate.

La unii se observă şi dezorganizare (de diferite grade) a funcţiei vizual-motorie, dominanţa lateralităţii nestabilizată. Foarte mulţi întîmpină greutăţi în organizarea şi percepţia temporară a relaţiilor spaţiale.

Datorită acestor particularităţi, copiii respectivi întîmpină greutăţi, în clasa I, în elaborarea deprinderilor grafice.

In general, la copiii din Casa de copii şcolari şi preşcolari, se observă întîrzieri de diferite grade în sfera proceselor cognitive de tip senzorial, care influenţează negativ acuitatea perceptivă şi receptarea adecvată, cu deosebire a stimulilor vizuali şi auditivi.

In clasa I-a, ei percep cu greu diferenţierea formelor grafice

şi stabilesc cu greu legături între simbolurile grafice.

Din analiza expunerilor verbale, acolo unde se pot realiza,se observă sărăcia vocabularului, exprimare de multe ori incoerentă, agramată şi fără un plan mintal elaborat prealabil.Acolo unde posibilităţile intelectuale sînt mai bune, apare o disritmie a vorbirii, datorită conflictului care apare între posibilităţile reduse de exprimare şi dorinţa copilului de a spune mai mult şi mai repede.

Toate acestea reflectă o experienţă cognitivă insuficientă pentru această vîrstă, ceea ce duce la imposibilitatea sau la elaborarea eronată şi nesatisfăcătoare pentru vîrsta lor cronologică, a unor reprezentări şi idei.Ele îşi pun amprenta şi asupra limbajului atît sub aspectul lui lexical,semantic, al structurii gramaticale cît şi asupra expresivităţii vorbirii, aspecte care se evidenţiază cu pregnanţă la vîrsta şcolară, cînd trebuie să-şi valorifice intens datele percepţiilor şi reprezentărilor, să-şi adapteze comportamentul verbal la situaţii diferite.

La elevii claselor mici din Casa de copii,şi în special la clasa I-a, problema limbajului, a recuperării handicapului de limbaj, dezvoltarea acestuia şi paralel cu aceasta însuşirea limbajului scris trebuie să preocupe în mod deosebit cadrele didactice şi aceasta cu atît mai mult cu cît ei ridică numeroase probleme şi destul de complexe(în special elevii imaturi şcolari şi cei cu întîrziere evidentă în dezvoltarea psihică).

In activitatea şcolară, limbajul trebuie folosit tot mai mult ca instrument de gîndire, de asimilare a cunoştinţelor iar pretenţiile faţă de limbajul scris sînt foarte mari.

Expunerea scrisă a cunoştinţelor asimilate trebuie să respecte o serie de reguli şi norme gramaticale, ortografice, stilistice, să fie consecvent logică, coerentă şi explicită. Şi sub aceste aspecte performanţele şcolarilor din Casa de copii sînt mai mici comparativ cu cei crescuţi în familie, din motivele arătate mai sus.

Sub aspectul tulburărilor de pronunţie, procentajul acestora e foarte ridicat comparativ cu a celor crescuţi în familie. Dacă în general, în şcolile municipiului Iaşi se întîlnesc într-un procentaj de aproximativ 6% tulburări de pronunţie, la cei din Casa de copii procentajul este mult mai mare,depăşind 30%, majoritatea prezentînd tulburări de pronunţie,fie a sunetelor, fie a cuvintelor,acestea avînd repercursiuni asupra însuşirii citit-scrisului. Din cauza sunetelor pronunţate greşit ei leagă greu sunetul de literă şi deci

întîmpină greutăţi în învăţarea scrierii corecte. Tulburările sau slaba dezvoltare a auzului fonematic nu le permite realizarea corectă a operaţiilor de analiză şi sinteză la nivelul silabelor şi cuvintelor, de multe ori ele devenind generatoarele dislexo-grafiilor, apărînd adeseori fenomene de transpunere a fenomenelor disla-lice. Astfel, prin asemănare au loc o serie de substituiri, omisiuni, inversiuni de litere. Omisiunile şi substituirile, fiind cele mai frecvente în vorbirea orală, se manifestă cel mai mult şi în scris-citit. Mai rar apar adăugiri. Toate acestea atrag de foarte multe ori insuccese şcolare şi împreună duc la o serie de modificări psihice şi de comportament.

La copiii care prezintă şi o debilitate mintală, evoluţia limbajului îmbracă anumite caracteristici, determinate de gradul de dezvoltare intelectuală şi cum nivelul de dezvoltare intelectuală e foarte diferit, de la forme severe la forme uşoare de debilitate mintală, şi evoluţia limbajului este diferită.

Lăsînd la o parte extremele, se poate vorbi ca o notă generală a limbajului copilului cu debilitate mintală, de neputinţa acestuia de a lega logico-verbal imaginile, ideile, adeseori limitîndu-se la mici detalii, fragmente, fără a putea sesiza esenţialul şi închega o povestire coerentă, fiind necesare chiar la clasa a VIII-a multe întrebări de sprijin, dirijarea permanentă pentru sesizarea esenţialului.

Acest fenomen apare firesc dacă ţinem seama de faptul că prin exprimarea verbală copilul îşi reflectă în fond particularităţile activităţii intelectuale, care la ei e deficitară (comunicarea verbală presupune şi posibilitatea unei înţelegeri corente).

In ce priveşte însuşirea limbajului scris, la copilul debil mintal, greutăţile sînt datorate în primul rînd particularităţilor sale psihice şi psihomotrice; capacitate scăzută de coordonare a mişcărilor mîinii, inerţiei mişcărilor sau altor tulburări de motricitate întîlnite frecvent la debilul mintal, precum şi datorită particularităţilor capacităţii lor de efort şi a sferei emotiv-volitionale, particularităţi care trebuiesc bine cunoscute pentru desfăşurarea eficientă a activităţii didactice, paralel cu cunoaşterea laturilor pozitive ale fiecărui elev.

Din discuţiile cu cadrele didactice , s-a evidenţiat un aspect ştiut, recunoscut şi tratat de literatura de specialitate şi anume faptul că debilul mintal este un inegal, atît în ce priveşte ele-

mentele componente ale psihicului său, cît şi în ce priveşte ritmul dezvoltării, alternarea etapelor de progres cu momente de stagnare într-un sector sau altul al personalităţii sau chiar cu perioade de regres, ceea ce face ca ritmul activităţii intelectuale să fie inegal nu numai de la un individ la altul ci şi la acelaşi individ în momente diferite ale evoluţiei sale. Astfel că nu de puţine ori au insatisfacţia de a constata că, ajunşi la clasele mari, elevi care-şi însuşiseră limbajul scris, înregistrează un regres atît în scriere cît şi în citire. Acestor elevi li se alătură şi cei cu diverse logopatii care sînt într-un procentaj destul de ridicat,peste 45%, elevi la care deşi se lucrează suplimentar în cadrul activităţilor logopedice, rezultatele nu sînt cele dorite.

Superficial privind, se poate afirma că principalele categorii de tulburări de vorbire la copilul normal şi cel cu debilitate mintală sînt în mare aceleaşi, diferenţa constînd în special în abundenţa şi perseverenţa acestora şi rezistenţa la corectare.De fapt aceleaşi categorii de greşeli sînt numai formal asemănătoare, în fond ele poartă specificul fiecărei deficienţe.

Copilul deficient mintal prezintă o întîrziere, o dizarmonie mai mult sau mai puţin pronunţată sub toate aspectele activităţii psihice.

A fost uşor de constatat că la intrarea în şcoală copilul handicapat mintal prezintă o experienţă verbală limitată, ceea ce face mult mai dificil procesul de însuşire al cunoştinţelor şi învăţarea scris-cititului. S-a constatat de asemenea că diferenţele între vorbirea copilului normal şi a deficientului mintal se accentuiază tot mai mult în timp. El întîmpină greutăţi în folosirea funcţiei semiotice a cuvintelor cît şi în exprimarea diferenţelor şi nuanţelor foarte numeroase existente în limbaj.

Analizînd comportamentul în timpul aplicării probelor (proba de cuvinte denumite, de vocabular WISC, compunere pe bază de imagini) s-a constatat că debilul mintal simplifică la maximum limbajul, nu respectă ierarhizarea după importanţă a ideilor, nu punctează esenţialul, repetă frecvent cele spuse anterior.Cînd se foloseşte însă materialul intuitiv însoţit de explicaţia verbală pentru a se realiza o actualizare mai rapidă a situaţiei, înţelegerea semnificaţiei şi a simbolurilor e mult uşurată.

Sub aspectul manifestărilor dislexo-grafice s-a constatat că

ele sînt mai variate, mai accentuate, mai persistente şi cu un înalt grad de dificultate. Se poate afirma că în mare învăţarea scris-cititului e îngreuiată de deficienţa de intelect dar tulburările lexo-grafice nu sînt determinate numai de acestea, ele apărînd şi la copilul normal dezvoltat intelectual, cauzele constînd şi în alte tulburări cum ar fi cele ale percepţiei, atenţiei, memoriei, organizării şi orientării spaţiale, lateralităţii, motricităţii, văzului, auzului. Nota dominantă la deficientul mintal cu tulburări disgrafice e un scris inegal, dezordonat, împrăştiat, scrierea apărînd uneori ruptă, cu dificultăţi în legarea literelor sau prin exagerata dilatare pe orizontală a grafemelor sau dimensionarea bastonaşelor la literele: t,h,l,d, toate acestea, la care se adaugă şi cele precizate anterior relieffînd relaţia strînsă ce se stabileşte între dezvoltarea limbajului şi evoluţia psihică.

Din cele prezentate a reeşit că particularităţile limbajului copilului sînt legate în mare măsură de nivelul inteligenţei dar şi de condiţiile de mediu şi viaţă, precum şi de o serie de factori extraintelectuali. A reeşit de asemenea faptul că experienţa cognitivă fixată în memoria copilului de vîrstă şcolară şi preşcolară de la Casa de copii, precum şi posibilităţile verbale de redare au unele lipsuri, lipsuri inerente dar care se pot mult diminua printr-o asistenţă psiho-pedagogică competentă a acestor copii lipsiţi de afecţiunea familiei şi de multitudinea factorilor extraintelectuali de care se bucură copilul crescut în familie.

Bibliografia la autor.

ASPECTE ALE DIAGNOSTICULUI DIFERENTIAL ÎN LOGOPEDIE

CRISTINA CONDURACHE
Centrul Logopedic Iaşi

Orice formă de afecţiune, orice formă de terapie presupune stabilirea unui diagnostic. Medic, psiholog, psihiatru, logoped, sînt puşi în faţa aceleiaşi probleme de maximă importanţă: diagnosticul corect, evitarea confuziilor, stabilirea metodelor de recuperare.

Bolnavul privit ca entitate funcţională integrală implică stabilirea unui diagnostic interdisciplinar; metodele terapeutice pretind individualizare, precizie, diagnostic diferenţial cert.

Diagnosticarea logopedică reprezintă o problemă de maximă complexitate. Tulburările de limbaj implică tulburări ale sferei personalităţii, comportamentului, tulburări ale gîndirii. Metodele terapeutice se vor adresa personalităţii subiectului şi nu doar defectului de limbaj propriu-zis.

Diagnosticarea copiilor cu tulburări de limbaj va începe cu examinarea întregii populaţii şcolare şi preşcolare dintr-o anume unitate. Se vor aplica probe pentru examinarea limbajului oral şi scris.

Metodele folosite: conversaţia, analiza produselor activităţii, solicitarea scrierii după dictare, citirea unui fragment etc.

Discuţiile cu părinţii şi cadrele didactice sînt necesare putînd semnala aspecte deosebite.

Diagnosticul diferenţial solicită mai mult timp disponibil pentru fiecare caz, o examinare complexă căutînd să sesizeze nu doar tulburările de limbaj ci şi implicaţiile asupra personalităţii şi compertamentul logopatului.

Anamneza directivă şi / sau nondirectivă va căuta să surprindă şi cauzele reflectate în condiţiile proprii de mediu social a logopatului.

Metodele folosite sînt în mare măsură dependente de experienţa şi competenţa logopedului. Recomandabilă este şi folosirea unor metode care permit obiectivarea: procedeul palpatoriu, oglinda Glatzels, teste, scale, probe standardizate etc.; cu precizarea că acestea nu reprezintă decît procedee, instrumente de lucru, a căror eficienţă este dependentă de competenţa celui care le foloseşte.

Investigaţiile clinice sau de laborator, examinarea medicală, psihiatrică, psihologică vor fi solicitate ori de cîte ori complexitatea cazului o pretinde.

Examinarea logopedică va beneficia de condiţiile unei examinări psihologice corecte.

In primul rînd se va asigura stabilirea unei posibilităţi optime de comunicare, este necesar mult tact, cîştigarea încrederii şi participării logopatului. Vîrsta, nivelul intelectual, nivelul de instrucţie constituie aspecte de maximă importanţă în stabilirea comunicării logoped-logopat.

Cînd tulburările de limbaj apar pe fond psihopatologic stabilirea comunicării este dificilă uneori imposibilă.

Fixarea grabnică a unui diagnostic ca "întîrziere în dezvoltarea verbirii", "mutism psihogen", "balbism", uneori chiar "afazie", "alalie", poate constitui o eroare. Situaţiile în care stabilirea comunicării este dificilă cer amînarea fixării diagnosticului. Aceste dificultăţi de comunicare constituie un indiciu nespecific în cunoaşterea subiectului. De stabilirea corectă a diagnosticului diferenţial va depinde reuşita terapiei logopedice, fixarea cadrului general de recuperare, elaborarea prognozei.

Elaborarea prognosticului evoluţiei logopatiei devine prin sine însuşi un criteriu de diferenţiere a diagnosticului.

("Intîrzierile în dezvoltarea verbirii" sub terapie logopedică au o evoluţie pozitivă şi mai rapidă în comparaţie cu progresele înregistrate de deficienţii auditivi sau copii alalici; dislexie- disgrafia de evoluţie va putea fi ameliorată pînă la corectare; dislexia sau disgrafia din cadrul encefalopatiilor ereditare sînt puţin ameliorabile.)

Dificultăţile în stabilirea diagnosticului diferenţial, erorile, pot fi diminuate atît prin experienţa şi competenţa examinatorului cît şi prin respectarea unei metodologii corecte de lucru.

1. Tipul de clasificare al tulburărilor de limbaj fiind folosit în practica logopedică are o semnificaţie deosebită nu numai din punct de vedere logopedic.

Aceste clasificări sînt efectuate în funcţie de o serie de criterii: etiologic, lingvistic, morfologic, simptomatologic. Luarea în considerare a unui singur criteriu nu va permite decît o clasificare unilaterală - vizînd parţial natura şi varietatea handicapurilor de limbaj, o serie de autori ca: Parrel, Ch. Von Ripper etc.

emit din tipul de clasificare propus o serie de tulburări ale limbajului scris_citit; afaziile, alaliile etc.luînd ca criteriu numai forma de manifestare a logopatiei.

Deşi fiecare criteriu are o semnificaţie proprie,criteriul etiologic deţine o pondere însemnată; stabilirea diagnosticului diferenţial pretinde stabilirea etiologiei.

Metodele folosite în terapia logopedică vor fi dependente de cauzele, factorii care au contribuit la apariţia tulburării. Mai ales atunci, cînd la apariţia unei tulburări au contribuit o multitudine de factori, cînd afecţiunile care fac obiectul diagnosticului diferenţial coexistă, cerînd determinarea participării lor la tabloul clinic respectiv - delimitările cu examinări diferenţiate, experienţă, competenţă.

(Frecvent handicapul de intelect coexistă cu o serie de tulburări ale limbajului, deficienţe de auz, dizarmonii comportamentale etc.; psihopatiile coexistă cu tulburări atît ale limbajului oral cît şi scris.
Aceste "coexistenţe" sînt practic nelimitate fiind determinate de particularităţile fiecărui caz).

2.Folosirea unei terminologii corecte, unitare prezintă de asemenea o importanţă deosebită pentru stabilirea unui diagnostic diferenţial corect.

Terminologia diferită folosită în literatura de specialitate poate genera confuzii nu numai de formă ci şi de fond.

(In practica logopedică se impune folosirea unei terminologii cît mai exacte care să înlăture confuziile).
Astfel referitor la alalie în literatura de specialitate mondială circulă o serie de termeni:" audimutitate"," întîrziere înnăscută a verbirii", "muţenie auditeriler", "muţenia ideopatică", mutism fiziologic prelungit etc.

Dacă aceşti termeni pot fi consideraţi similari se semnalează concomitent şi o altă terminologie care implică deosebiri esenţiale de concepţie, de înţelegere a afecţiunii.

Mult timp acest sindrom a fost confundat cu simptomatologia afiziculul şi tratat ca atare.

Terminologia folosită: afazie congenitară, afazie de evoluţie, afazie idiopatică etc. Dar, afazia presupune existenţa unui traumatism cranio-cerebral sau o tumoare cerebrală.

Nu se poate vorbi de afazie la o vîrstă la care limbajul nu

a fost constituit.

Deşi etimologic termenul de alalie vine de la grecescul "alales" "fără verbire" în literatura de specialitate, în stabilirea diagnosticului, se impun o serie de diferenţieri pentru a evita confuziile.

Verbirea alalicilor nu se confundă cu lipsa de verbire a handicapaţilor intelectual severi, a surde-muţilor, a disartricilor sau a afazicilor.

Afazia nu presupune deficit de intelect de tip oligofrenic. Rămînerea în urmă a dezvoltării intelectuale existentă la alalici, este secundară, generată de nedezvoltarea limbajului.

Alalia şi " întîrzierile în dezvoltarea limbajului" se diferenţiază şi prin prognostic; diagnostic etiologic (Intîrzierile în dezvoltarea verbirii pot fi determinate de deficitul educativ; alalia nu; în alalie există leziuni în zonele de proiecţie ale verbirii neexistente în "întîrzieri în dezvoltarea verbirii" etc.)

Marea majoritate a fenomenelor dislexo-grafice cunosc o amplă varietate terminologică comentată de E.Verza în "Disgrafia şi terapia ei" Ed.Did.şi ped.Bucureşti,1983.

3. In stabilirea diagnosticului diferenţial se vor evita deliminările pe baza unui singur simptom, chiar dacă acestea par edificatoare.

Uneori apare în prim plan "simptomul de faţadă" - <u>aparent doar semnificativ</u>.

(La copilul hipoacuzuc poate apare pe prim plan întîrzierea în dezvoltarea verbirii din "sindromul falsului regres"; la copilul alalic pot apare pe prim plan întîrzierea în dezvoltarea intelectuală sau aspecte bizare ale comportamentului etc.)

4. Limbajul, comportament superior, privit ca manifestare a personalităţii nu face posibilă diagnosticarea tulburărilor sale independente de structura şi caracteristicile personalităţii.

Incepînd cu stabilirea comunicării logoped-logopat,fixarea diagnosticului şi a unui anume program recuperatoriu; cunoaşterea structurii pebsonalităţii logopatului joacă un rol important.

In stabilirea diagnosticului diferenţial nu vor putea fi emişi anumiţi factori endogeni şi exogeni semnificativi în structurarea personalităţii.

a) Vîrsta cronologică a logopatului, constituie un prim indiciu în evitarea confuziilor.

(Astfel vîrsta la care se instalează dizartria este foarte importantă pentru modul de manifestare a bolnavului cît şi pentru evoluţia restabilirii limbajului; în rinolalie de vîrsta la care se produce intervenţia chirurgicală sînt dependente rezultatele ei; dislaliile care se prelungesc pînă la vîrsta adultă constituie manifestări ale unui dificit intelectual sau motor - cortical etc.)

Ca principiu general de lucru impus în unanimitate în literatura de specialitate - rămîne necesitatea terapiei logopedice înainte de instalarea unor deprinderi greşite (vîrsta mică).

b) Nivelul intelectual - al logopatului este întotdeauna important de cunoscut atît pentru fixarea diagnosticului diferenţial cît şi pentru asigurarea accesibilităţii şi eficienţei terapiei logopedice.

Întotdeauna se va preciza dacă întîrzierea în dezvoltarea intelectuală este primară sau secundară deficienţei de limbaj. Reflectarea în limbaj a unor caracteristici ale handicapului intelectual trebuiesc diferenţiate de alalie, afazie, nedezvoltarea limbajului, autism infantil etc.

In aceste tulburări perturbările pe plan intelectual sînt secundare.

In diagnosticul diferenţial al dislaxiei, disgrafiei se va preciza întotdeauna nivelul intelectual, existînd desec i esenţiale deosebiri între dislaxia-disgrafia pe fond intelectual normal sau de handicap intelectual.

c) Afectivitatea, comportamentul, motivaţia, relaţia dintre aptitudini şi atitudini, ca factori care pot dezorganiza personalitatea trebuiesc luaţi în consideraţie atît în stabilirea diagnosticului diferenţial cît şi în procesul terapiei recuperatorii.

(Autismul infantil, mutismul psihogen, dislaxia afectivă ca reacţie de eşec sau ca urmare a unei comunicări ineficiente mamă-copil, sînt doar cîteva exemple edificatoare în acest sens).

Majoritatea logopaţilor implică o dezorganizare a personalităţii - ca factor primar sau secundar tulburării de limbaj, într-o măsură abia rezistibilă sau cu grave implicaţii comportamentale.

Temperamentul şi caracterul sînt factori studiaţi în interacţiune cu tulburările de limbaj. Totuşi influenţe pe care e au atît în expresivitatea verbală cît şi în formarea abilităţilor scris - citit nu poate fi contestată.

5. Componenta psiho-socială a familiei, climatul educativ, participarea sau neparticiparea la învăţământul preşcolar, condiţiile şcolarizării, constituie factori de mare implicaţie în apariţi a şi evoluţia logopatiei.

(Criteriile de stabilire a diagnosticului diferenţial de "întîrziere în dezvoltarea verbirii" nu pot fi aceleaşi pentru copiii din medii sociale, educative total diferite. Forme ale dislexiei - disgrafiei apar şi pe fond de intelect normal ca urmare a unor carenţe educative, erori pedagogice, absenteism şcolar etc.

Mutismul electiv, psihogen sau voluntar poate apare pe fondul unor caracteristici patologice ale personalităţii, dar poate fi în aceeaşi măsură determinat de atitudini greşite în educaţii traumatizate pentru copil, lipsă de afecţiune etc.- deci factori dependenţi de mediu familial).

Dacă stabilirea diagnosticului diferenţial într-o afecţiune certă implică numeroase probleme, uneori dificultăţi, stabilirea limitei între normal şi patologic este la fel de dificilă. Acest lucru valabil pentru diagnosticarea în special în domeniul psihiatric, rămîne valabil şi în logopedie.

Inerent, mai ales în stabilirea acestei limite intervine subiectivitatea examinatorului, întreaga sa personalitate, felul în care se produce interacţiunea examinator-subiect.

Încercările de obiectivare a examenului logopedic (teste, scale, probe de evaluare etc), oricît de bine alcătuite ar fi şi oricît de necesară ar fi folosirea lor - nu pot estepa subiectivitatea inerentă a examinatorului. Tipul de personalitate şi exprimarea verbală constituie o problemă puţin discutată în literatura de specialitate.

Fiecărui tip temperamental îi corespunde un anume tip de expresivitate verbală, mai ales la copil unde influenţele mediului, controlul raţional sînt mai puţin evidente. Fluenţa, volumul, ritmul, colorature expresivă vor fi diferite. Mai mult decît atît - personalitatea părinţilor, modul lor de expresivitate verbală se va reflecta la copil.

Mai ales la limita normală - patologic aceste aspecte vor fi cu atenţie diferenţiate.

6. Modul de comunicare a diagnosticului cere tact, prudenţă, atitudini diferenţiate părinte - copil-educator. "Replica faţă de diagnostic" poate avea implicaţii nedorite în terapia logopedică,

în procesul instructiv-educativ, în întreaga dezvoltare a personalităţii legopatului.

Nu trebuie să uităm că această aparent simplă "comunicare de diagnostic" poate încuraja sau descuraja, poate schimba atitudini, preferinţe, uneori moduri de existenţă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.Berge Andre: Copilul dificil, Edit.Didactică şi pedagogică, Bucureşti,1972.

2.Kulcsar T.: Premisele psihopedagogice de însuşire a citit-scrisului la debilul mintal, Revista de pedagogie,1972, 1.

3. Lungu N.: Unele date asupra pseudodebilităţilor mintale.Revista de pedagogie,1974,4.

4.Păunescu C.: Tulburări de limbaj la copil. Edit.medicală,Bucureşti,1984.

5.Păunescu C.: Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti,1977.

6.Staicu Elena-Marta: Etiologia handicapului şcolar, Revista de pedagogie, 1970,12.

7.Verza E.: Disgrafia şi terapia ei, Edit.Didactică şi pedagogică Bucureşti,1984.

8.Verza E.(coordonator): Probleme de defectologie, Edit.Didactică şi pedagogică, Bucureşti,1983.

SEMNIFICATIA EXPLORARII PSIHOLOGICE IN RECUPERAREA COPIILOR HANDICAPATI LOCOMOTOR

FLOAREA LUPU, C.ALBU, ELENA BADRAJAN, V.PARASCHIV
Centrul Scolar nr.2 Iasi

Tema propusă se înscrie în sfera psiho-pedagogiei handicapaţilor care prin obiectul său devine un intercîmp de cunoaştere şi determinare a unei multitudini de discipline.

In documentele U.N.E.S.C.O. handicapul în general este definit ca un ansamblu de raporturi şi valori sociale de la care un individ este exclus pe baza unei deficienţe. Implicit handicapatul este un posibil inadaptat la condiţiile existenţei fie de mediu natural fie de mediu socio-cultural. Handicapul locomotor este o premisă a inadaptării la cele două tipuri de condiţii arătate mai sus.

Principalul mijloc de recuperare şi integrare socio-profesională a copiilor handicapaţi locomotori este învăţămîntul special. Considerată ca ansamblul măsurilor de diversă natură care vizează încercarea de a restabili la persoana atinsă de incapacitate un maxim al facultăţilor sale fizice intelectuale sociale, profesionale şi economice, recuperarea devine factorul esenţial al activităţii instructiv educative din şcoala specială.

Recuperarea privită ca adaptare sau ca readaptare în condiţiile unui handicap loco-motor dobîndit apare ca un act de realizare a homeostaziei comportamentale bazate pe schimbul dintre trăirile individuale şi cerinţele grupului pe motivaţii specific umane. Acţiunile recuperatprii privite ca acte de decizie impun cunoaşterea prealabilă a handicapului şi a handicapatului.

Actul medico-psiho-social al cunoaşterii nu are caracter de simplă constatare, de diagnoză şi prognoză ci un caracter dinamic de debut al măsurilor complexe destinate recuperării deficienţilor a cărei cerinţă de bază este instituirea la timp a metodelor şi procedeelor de recuperare. Viitoarea inserţie socială este în funcţie de actul complex al orientării şcolare şi profesionale. Este ştiut că aceasta este condiţionată de caracteristicile fizice- psihologice informaţionale a copilului în scopul asigurării echilibrului dintre şcoală şi acesta.

Cînd se face orientarea şcolară şi profesională a deficien-

tului locomotor se au în vedere limitele sale fizice cu implicaţiile comportamentale pentru a fi îndrumat spre acea profesie şi formă de învăţământ care să-i asigure valorificarea potenţialului său somato-psihic.

In orientarea şcolară şi profesională a deficienţilor aprecierea intereselor, înclinaţiilor, aptitudinilor şi particularităţilor individuale generate de dezvoltarea în ontogeneză şi cele generate de dezvoltarea în ontogeneză şi cele generate de natura şi gradul handicapului nu este suficientă. Este necesar să se găsească posibilitatea stabilirii unor concordanţe între interese şi potenţialul psiho-fizic al deficientului pentru a se evita apariţia unor conflicte între aspiraţiile acestuia şi limitele impuse de deficienţă.

Cerinţele orientării devin realizabile în măsura în care se cunoaşte cu precizie natura şi gradul invalidităţii şi, în contextul temei propuse reflectarea acesteia în formarea personalităţii deficientului.

Printr-o corectă explorare medico-psiho-sociologică se poate estima restantul funcţional, handicapul şcolar şi profesional. Fiecare deficient trebuie considerat un caz aparte. In acest context recuperarea apare ca un sistem care după Sharman cuprinde o succesiune de etape fiecare avînd conţinut specific şi urmărind scopuri şi sarcini precise: recuperarea medicală, recuperarea propriu zisă (care include recuperarea elementară,profesională şi socială), recuperarea catamnestică.

Handicapatul locomotor se încadrează conform clasificării lui R.Lafon în handicapul cu dominantă biologică sau somatică. Pe fonduri aceste dominante apar tulburări simple ale afectivităţii şi activităţii (apatii şi astenii), comportamente pe fond constituţional (ciclotimie, hiperemotivitate, mitomanie, tulburări anxioase, tulburări în relaţiile cu mediul), întîrzieri şi tulburări afective (puerilism, abulie, opoziţie) tulburări intelectuale uşoare, tulburări de structuri spaţio-temporale.

Ca tulburări de comportament apar: agresivitate, nocivitate, comportament pervers, negativism, stări prenevrotice şi nevrotice, prepsihotice şi psihotice. Pe plan social se pot manifesta: pericol mortal, inadaptare urbană, fenomene de bandă, predelincvenţă juvenilă, prostituţie.

Am enumerat toate acestea pentru a scoate în evidenţă necesitatea unei minuţioase explorări medico-psiho-sociologice care să preceadă acţiunile recuperatorii.

In acest scop se impun lucrul în echipă, folosirea unui complex de metode adecvate de la simpla observaţie şi analiză a produselor activităţii pînă la teste proiective.

Intr-o comunicare recentă am prezentat cabinetul de orientare şcolară şi profesională în condiţiile şcolii speciale drept o „şcoală a abilităţilor manuale" propunînd nişte obiective şi instrumente de investigaţie.

Necesitatea explorării psiho-sociologice este impusă şi de cerinţa prevenirii actelor antisociale fiind cunoscută triada infirmitate depresie agresivitate şi relaţia handicap-comportament autolitic. Comportamentul infracţional este de fapt rezultatul unui raport între învăţare şi dezvoltare, prima nefiind o fatalitate a naturii umane.

Cunoaşterea particularităţilor fiecărui handicapat supus procesului educaţional înlesneşte evitarea factorilor de risc şi a celor de distorsionare a integrării valorilor în structura personalităţii.

In etapa actuală, datorită progreselor înregistrate în psihiatrie, psihologie, sociologie, medicină legală, biologie, este posibilă extinderea ariei cunoaşterii personalităţii copilului, a condiţiei sale sociale şi comportamentului său.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Vianu I.: Introducere în psihoterapie. Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1975.

2. Zörgo E., Radu I. (coordonatori): Studii de psihologie şcolară, Editura didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1979.

3. x x x Domeniile pedagogiei. Editura didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1985.

Scanned with OKEN Scanner

INTERFERENTELE LOGOPEDIEI

Sabinela Pasternak, C.Barabolschi, V.Chiriţă

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi

Istoria ştiinţei relevă încercări de cooperare şi întrepătrundere a disciplinelor sociale şi umane, asocieri şi împrumuturi între aceste ştiinţe şi ştiinţele naturii, realizarea unui grad de integrare între diferitele domenii ale cunoaşterii şi utilizarea unui limbaj comun care să permită schimburi de ordin conceptual şi metodologic.

Interdisciplinaritatea a constituit întotdeauna un factor important al dezvoltării cunoaşterii, pe de o parte prin stabilirea unui loc specific fiecărei discipline şi indicarea raportului existent între această disciplină şi celelalte, pe de altă parte, datorită faptului că disciplinele specifice pot fi confruntate cu probleme care fac necesară cooperarea cu alte discipline. Acest gen de cooperare, frecventă între ştiinţele naturii şi ştiinţele sociale şi umane, poate duce la apariţia unei discipline noi.

In sinteza întocmită pentru Centrul european al UNESCO pentru învăţământul superior - CEPES - sînt expuse 4 niveluri de cooperare şi întrepătrundere a ştiinţelor, a abordărilor şi metodelor de cercetare, şi 4 „specii" ale interdisciplinarităţii 5.

Multidisciplinaritatea este o formă mai puţin dezvoltată a interdisciplinarităţii, constînd în juxtapunerea unor elemente ale diverselor discipline, în scopul evidenţierii aspectelor comune.

Pluridisciplinaritatea se referă la comunicarea simetrică între diferiţi specialişti şi diferite discipline.

Transdisciplinaritatea este întrepătrunderea mai multor discipline şi coordonarea cercetărilor susceptibile să ducă, în timp, la constituirea unei noi discipline sau a unui domeniu nou al cunoaşterii.

In raport cu transdisciplinaritatea, interdisciplinaritatea apare ca o formă mai puţin dezvoltată a comunicării, coordonării şi integrării unor discipline ştiinţifice, implicînd cooperarea a două sau mai multe discipline, fiecare aducînd propriile scheme conceptuale, modul propriu de a defini problemele şi metodele şi de cercetare.

Scanned with OKEN Scanner

Cele 4 specii ale interdisciplinarităţii menţionate sînt:

1. Interdisciplinaritatea unor domenii învecinate (crearea unei zone de aplicare a metodelor şi conceptelor a două sau mai multe discipline);

2. Interdisciplinaritatea probelor (probleme sau grupe de probleme care depăşind graniţele unei discipline, fac necesară colaborarea mai multor ştiinţe);

3. Interdisciplinaritatea metodelor (aplicarea metodelor specifice unei discipline în alte discipline);

4. Interdisciplinaritatea conceptelor (metodele şi conceptele unei discipline sînt aplicate în cercetări din sfera altor discipline).

Considerată astăzi una din problemele esenţiale pentru progresul ştiinţei, interdisciplinaritatea se înscrie în programul vieţii intelectuale contemporane.

Limbajul este cel mai complex fenomen psihosocial, constituind „actul fundamental de legitimare a omului", logosul fiind expresia intelectuală a conştiinţei.

Domeniul limbajului, prin vastitatea sa, nu poate constitui obiectul de studiu al unei singure discipline, ci a devenit un concept interdisciplinar.

Disciplinele ştiinţifice care studiază existenţa umană în context social, abordează, sub diferite aspecte, problematica limbajului.

Ca fenomen psihic, limbajul este de multă vreme obiectul de studiu al psihologiei, care deţine o multitudine de informaţii şi interpretări cu privire la formarea mecanismelor limbajului, la apariţia acestuia, la evoluţia limbajului sub aspect logic şi semantic, date referitoare la rolul lui în cadrul psihismului, în contextul conştiinţei, al relaţiilor sociale şi de muncă. Psihologia a abordat raportul dintre gîndire şi limbaj şi aspectele patologice ale limbajului.

Limbajul oferă psihiatriei posibilitatea de definire a persoanei umane, surprinsă în "cîmpurile formatoare prin limbaj şi dezvăluindu-se în şi prin limbaj" 4.

Fiziologia, în special neuropsihologia au abordat formele clinice ale unor unităţi nosologice ca: afazia, alalia, dizartria evidenţiind procesele neuropsihologice ale mecanismului

relaţiilor umane prin limbaj. Cercetările din acest domeniu aduc informaţii valoroase referitoare la interrelaţia dintre cuvînt şi conştiinţă pe plan neurofiziologic.

Colaborarea dintre fiziologie şi fizica acustică a adus date preţioase cu privire la sistemele senzoriale, fără de care nu este posibilă vorbirea.

Limba vorbită este obiectul de studiu pentru lingvişti, care o abordează ca realitate dată, concretă, ca un cîmp de semnificaţii (vocabularul) sau un cîmp de reguli de compunere a cuvintelor (gramatica), al foneticii, care are ca obiect sunetele vorbirii şi al fonologiei, care considerînd limbajul o structură, stabileşte funcţia fonemelor într-o limbă, urmărind evoluţia acestora. 3.

Relaţiile dintre comportamentul lingvistic şi procesele psihice constituie domeniul de cercetare al psiholingvisticii, iar cele dintre comportamentul lingvistic şi structura socială sînt obiectul sociolingvisticii.1.

Semiotica, care şi-a propus să elaboreze o teorie generală a semnelor şi sistemelor de semne, să explice natura acestora, să stabilească schema tipurilor lor, să elaboreze reguli de transformare şi să explice valoarea acestora pentru comunicarea omului cu semenii săi, oferă importante repere pentru explicarea sistemică a limbajului uman.

Aplicarea cibernetică în domeniul limbajului aduce de asemenea, informaţii de mare utilitate.

Se poate constata că ştiinţa contemporană a acumulat o imensă cantitate de informaţii referitoare la limbaj.

Studierea consecventă a limbajului şi importanţa primordială a relaţiei verbale intersociale, au făcut necesară observarea, dirijarea, perfecţionarea şi tratamentul sau reeducarea acestui instrument complex de relaţie. In confluenţa progresului ştiinţelor sociale şi tehnice, din cadrul progresului uman, a devenit necesară apariţia unei discipline ştiinţifice care să preia informaţiile dobîndite de o pluralitate de ştiinţe şi care, în contextul unei sinteze proprii să structureze o disciplină unică, care să aibă ca obiectiv condiţiile normale şi patologice ale comunicării intersociale prin limbaj oral şi scris.

Nici o altă disciplină din complexul ştiinţelor contemporane nu studiază şi nu s-a constituit ca modalitate de influenţare şi corectare a limbajului oral şi scris, în afară de logopedie.

Apărută iniţial în cadrul medicinei, cu un secol şi jumătate în urmă, logopedia a devenit o disciplină cu un domeniu propriu, bine definit, cu obiect, legi şi metode proprii, fiind,aşa cum o defineşte Sovak „ştiinţa despre fiziologia şi patologia procesului de înţelegere, de comunicare, despre prevenirea şi tratamentul pedagogico-corectiv al defectelor în domeniul integrării comunicării".2.

Domeniul logopediei nu presupune doar tratarea sau corectarea tulburărilor de vorbire, ci, mai mult, studiază producerea, evoluţia şi exercitarea, în condiţii normale a limbajului ca fenomen de comunicare, de transmitere intenţionată, de relaţii între cunoştinţele umane în cadrul societăţii. Orice fenomen care distorsionează perfecta transmitere, recepţie şi înţelegere prin limbaj este o preocupare reeducativă complex. Nu există nici o altă disciplină ştiinţifică care să-şi propună prevenirea şi reeducarea tulburărilor de limbaj.

Logopedia se constituie pe de o parte ca o teorie despre limbaj, definind limbajul şi categoriile nosologice patologice, iar pe de altă parte ca practică terapeutică.

Cea mai mare problemă cu care se confruntă logopedia este nevoie de a cunoaşte, a integra şi interpreta cunoştinţele şi descoperirile din diferite discipline (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, neurologie, psihologie, lingvistică, psiholingvistică, fonetică, fonologie, semantică etc.) care au fiecare o contribuţie importantă în ceea ce priveşte studiul tulburărilor de limbaj. Nici una din aceste discipline nu constituie, în sine obiectul logopediei, ci contribuie la realizarea unei sinteze teoretice, metodologice, practice, pe care se bazează înţelegerea şi tratarea tulburărilor de limbaj.

Un exemplu în acest sens îl constituie afazia, categorie nosologică definită şi studiată iniţial de neurologie. Logopedia, pornind de la cunoaşterea mecanismelor neurologice şi psihologice ale afaziei în contextul personalităţii bolnavului, în special al relaţiilor sale, aplică o metodă de reeducare complexă, care sintetizează, într-o perspectivă logopedică,

principii şi practici neurologice, psihiatrice, psihoterapeutice.

Necesitatea cunoaşterii, integrării şi sintetizării într-o manieră proprie a datelor oferite de celelalte discipline ştiinţifice, date referitoare la procesul complex al limbajului, implică colaborarea în echipă interdisciplinară (pediatru, psihiatru, neurolog, logoped, psiholog, asistent social, fizioterapeut, kinetoterapeut) în vederea realizării unei imagini complexe asupra pacientului, în scopul prevenirii, diagnosticării şi reeducării tulburărilor de limbaj.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Crystal D. - Introduction to language pathology - Edward Ar Arnold, London, 1980.
2. Păunescu C.,Toncescu N.,Sorescu V.,Neagu M.- Introducere în logopedie, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1976.
3. Rosetti Al.,Lăzăroiu - Introducere în fonetică, Edit.ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1982.
4. Stössel St.,Odogescu D. - Normalitate psihică, boală,limbaj, Edit.ştiinţifică, Bucureşti, 1972.
5. x x x - Interdisciplinaritatea în ştiinţele sociale, Edit. politică, Bucureşti, 1986.

ASPECTE ALE EVOLUTIEI LIMBAJULUI LA COPILUL CU INTELECT NORMAL

CORNELIA TOMNIUC
Centrul logopedic interscolar Iasi

Limbajul indeplineste o functie deosebit de insemnata in procesul de cunoastere a realitatii: el da posibilitate omului sa reflecte generalizat si mijlocit realitatea, sa treaca de la senzatii, perceptii si reprezentari (treapta senzoriala a cunoasterii) la gindirea logica, abstracta, care opereaza cu notiuni, judecati si rationamente (treapta rationala a cunoasterii, specifica omului).

Limbajul se realizeaza prin coordonarea unitara a unui complex de sisteme aferente si aferente organizate la diferite nivele functionale. La geneza limbajului participa atit organele de simt periferice (auzul si vazul) care receptioneaza informatii din mediul exterior cit si zonele corticale in care informatia perceptiei primare este recodificata in impulsuri care sint retransmise la nivelul periferic, de aceasta data la organele fonatorii. La dezvoltarea limbajului colaboreaza o complexitate de procese. Inainte de aparitia limbajului propriu-zis, adica de intelegerea si pronuntarea primelor cuvinte, toti copiii trec printr-o etapa de exersare a organelor implicate in realizarea vorbirii. Aparatul fonator al copilului este pregatit pentru emiterea sunetelor inca de la nastere. Toate deprinderile necesare in formarea vorbirii se insusesc treptat incepind cu prima zi de viata. Primele tipete, ca expresie fiziologica a organismului in contact cu noul mediu, determina exersarea mecanismelor respiratorii necesare in procesul vorbirii de mai tirziu. Tipetele si scincetele caracteristice in prima luna dupa nastere sint acte reflexe conditionate de diferite stari organice. Aceste sunete se produc in timpul inspiratiei sau in ambele faze respiratorii, inspiratia si expiratie. Tot in primele luni ale vietii incep, sa se exerseze si miscarile elementare ale buzelor, ale limbii, ale mandibulei ca si ale palatului, pe baza carora se produc sunetele vorbirii. In aceasta perioada „preverbala" are loc perfectionarea morfologica si functionala a aparatului fonator, pregatirea intregului sistem respirator pentru realizarea vorbirii.

Gînguritul apare în jurul vîrstei de două luni după naştere ca o activitate motorie deosebit de abundentă în producerea unor sunete. Forma sa de manifestare este identică la toţi copiii de această vîrstă şi conţine un repertoriu vocalic mai bogat ca orice limbă vorbită.

Primele sunete pe care le pronunţă copilul sînt vocalele, mai tîrziu apare şi pronunţia consoanelor. Importanţa acestei etape pregătitoare constă în faptul că în procesul ascultării şi pronunţiei sunetelor se perfecţionează perceperea auditivă şi funcţiile aparatului articulator. Aceasta duce la posibilitatea imitaţiei sunetelor limbii ceea ce are o mare însemnătate în dezvoltarea limbajului. In condiţii normale, paralel cu întreaga dezvoltare psiho-motrică, spre luna a şasea apar în gînguritul copiilor tot mai evident fenomenele ecolalice. Lolalizarea sau perioada silabisirii se caracterizează prin exersarea timp din ce în ce mai lung, a unor serii de silabe. Din luna a noua lolalizările dobîndesc un caracter din ce în ce mai precis, mai diferenţiat, tot mai precis, mai diferenţiat, tot mai apropiat de vorbire. Sirurile de silabe mai complexe şi mai variate sînt însoţite de gesturi semnificative. După luna a noua copilul de obicei este capabil să înţeleagă semnificaţia unor cuvinte fără ca totuşi să le poată rosti el însuşi. Abia la sfîrşitul primului an va reuşi să asocieze anumite silabe cu existenţa anumitor persoane sau lucruri din apropiere. Numai după ce copiii au dobîndit posibilitatea de a articula un anumit sunet reuşesc să-i distingă şi calităţile sale acustice. Inainte ca sunetele să apară în cadrul unor cuvinte, ele se ivesc în mod izolatm sau în silabe duble. Copilul normal, în jurul vîrstei de un an învaţă să rostească primele cuvinte cu sens. La această vîrstă imitaţia nu poate fi încă exactă. Copilul reproduce în primul rînd acele cuvinte a căror corespondenţă fonetică este similară cu vocalizările sale. Datorită faptului că atît memoria cît şi posibilităţile sale de articulare sînt încă limitate, cuvintele formate din repetarea unor silabe se fixează cu mai multă uşurinţă. Copiii reuşesc să-şi însuşească cu mai multă uşurinţă şi cu o deosebită plăcere cuvintele care sînt însoţite de intonaţii şi gesturi pe care ei le percep ca un întreg. Primele cuvinte rostite de copil nu au încă o semnificaţie precizată.

Odată cu apariţia mersului, raporturile dintre copil şi realitatea înconjurătoare devin din ce în ce mai cuprinzătoare.Vocabularul timpuriu al acestuia nu mai corespunde noilor necesităţi de comunicare şi de fixare a experienţei dobîndite. In perioada ante-preşcolară are loc o intensă dezvoltare a limbajului sub toate aspectele. S-a stabilit că pînă la vîrsta de trei ani copiii reuşesc să-şi însuşească aproximativ nouă sute de cuvinte, dintre care majoritatea o formează substantivele, apoi verbele şi adjectivele, iar în cele din urmă cuvintele de legătură. Dezvoltarea vocabularului atrage după sine creşterea posibilităţilor de formare propoziţională şi de discriminare treptată a structurii gramaticale a limbii. In faza iniţială propoziţiile sînt reduse la forma cea mai simplă fiind lipsite de cuvintele necesare de legătură. Limbajul copiilor este extrem de colorat şi de bogat în elemente melodice asociat cu mimică şi gesturi. Paralel cu noile achiziţii, asociaţiile fonetice devin din ce în ce mai complexe şi mai diferenţiate. Copiii reuşesc să pronunţe mai uşor vocalele, diftonii şi unele consoane (p,b,m.,n,t,d,h,l). Celelalte consoane cu o structură articulatorie mai complexă, deşi sînt prezente sînt de cele mai multe ori omise, înlocuite sau pronunţate în mod deformat. Anumite greşeli de pronunţare nu constituie încă defecte de vorbire ci reprezintă simple particularităţi care reflectă nivelul de organizare a capacităţilor lingvistice ale copiilor în această etapă. Deformările de sunet tipic infantile (ca sigmatismul interdental, sigmatismul dental,palatal, rotocismul monovibrant) se atenuează treptat pînă la vîrsta de 3-4 ani, dacă totuşi se menţin timp prea îndelungat vor constitui defecte de vorbire şi se recomandă terapie logopedică, Limbajul simplu şi cît mai clar al adulţilor contribuie în cea mai mare măsură la înlăturarea particularităţilor trecătoare determinate de vîrstă ale pronunţării.

La vîrsta preşcolară are loc lărgirea şi complicarea raporturilor dintre copil şi realitatea înconjurătoare. Dezvoltarea limbajului este indisolubil legată de evoluţia gîndirii copilului şi invers gîndirea se poate ridica pe trepte tot mai înalte de generalizare şi abstractizare numai sprijinindu-se pe o dezvoltare corespunzătoare a limbajului. In condiţii normale la această

vîrstă copiii îşi însuşesc lexicul de bază şi structura gramaticală a limbii. La vîrsta de 6 ani vocabularul copiilor poate depăşi 3000 de cuvinte, iar formulările propoziţionale devin din ce în ce mai complexe. Numeroasele particularităţi de pronunţie încep să dispară treptat, astfel încît în jurul vîrstei de 5 ani copiii îşi însuşesc sistemul fonetic al limbii materne. Paralel cu reducerea omisiunilor şi a înlocuirilor de sunete vorbirea devine din ce în ce mai inteligibilă. Mai persistă însă unele dificultăţi determinate de pronunţarea consoanelor mai diferenţiate apărînd sub următoarele forme:

- omiterea unei consoane dintr-o asociaţie de două consoane consecutive;
- înlocuirea consoanei "r" prin alte sunete;
- înlocuirea mai frecventă a consoanelor ş, j cu s, z şi mai rar invers;
- sigmatismul interdental apare tot mai restrîns afectînd grupa consoanelor s - z - t;
- sigmatismul dental şi palatal apare mai puţin strident.

In general toate deformările de sunete tind să se atenueze odată cu creşterea vîrstei.

Rotacismul uvular şi formele de sigmatisme care tind spre perseverare sau agravare intră în cadrul tulburărilor de pronunţare şi necesită intensificarea unor măsuri educative.

In procesul reducerii treptate a particularităţilor de vîrstă se constată că în primul rînd dispar omisiunile de sunete, apoi înlocuirile şi în cele din urmă deformările de sunete.

Caracteristic pentru vîrsta preşcolară este faptul că deşi anumite particularităţi de vîrstă legate de pronunţarea sunetelor dispar, se ivesc alte dificultăţi, odată cu dezvoltarea posibilităţilor de formare propoziţională. Apar o serie de repetiţii, întreruperi şi ezitări inevitabile în această fază de organizare a limbajului. Aceste dificultăţi se agravează în cazurile în care copiii încă nu stăpînesc bine conţinutul exprimării ca şi în stările de încordare nervoasă.

Deşi la această vîrstă mediul de grădiniţă are o influenţă hotărîtoare, nu poate fi neglijat nici mediul familial,

dată fiind influenţa sa de lungă durată şi continuă asupra copilului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bogcoiu E.: Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădiniţele de copii. Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1973.

2. More V.; Limbajul, în „Psihologia generală", sub red.lui Al.Rogca. Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1956.

3. Rogca Al.: Psihologia copilului preşcolar. Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 197o.

Scanned with OKEN Scanner

RELAȚIA LIMBAJ-PERSONALITATE-COMPORTAMENT

MELANIA IONEL
Centrul logopedic interșcolar Iași

Deoarece limbajul constituie un comportament și încă unul superior, ce subordonează, orientează și direcționează toate celelalte comportamente, atunci categoric el este și o manifestare a personalității.

Aceasta înseamnă pe de o parte că după felul în care un om vorbește, scrie și citește, îi pot fi apreciate în mare caracteristicile reale de personalitate, iar pe de altă parte, cunoscînd structura personalității unui individ pot fi emise judecăți de valoare cu privire la modul cum se va manifesta în planul limbajului. Dacă mai ținem seama și de faptul că între limbaj și conștiință există o legătură nemijlocită, realizăm mai bine subtilitatea relației dintre limbaj și personalitate.Dovada cea mai pregnantă a acestei relații o constituie deteriorarea din cadrul unui subsistem ce atrage după sine perturbări evidente și la nivelul celuilalt subsistem.Așa spre exemplu, modificările personalității influențează nu numai latura semantică a limbajului, conținutul și structura acestuia, dar mai ales forma și orientarea,legile lingvistice și logico-gramaticale. Dar și tulburările limbajului, indiferent că se produc în plan expresiv sau impresiv determină perturbări la nivelul personalității și, ca atare, al comportamentului.

Luînd în considerație funcția reglatoare a limbajului care influențează nu numai viața psihică a individului, dar și comportamentul acestuia, prin dereglările produse atît în planul expresiv și cel impresiv al limbajului, se manifestă modificări negative la nivelul întregii personalități. O seamă de specialiști au scos în evidență importanța cunoașterii handicapurilor de limbaj pentru înțelegerea și explicarea comportamentului deteriorat.Printre aceștia pot fi menționați M.E.Hvattev, C.Luanay, M.Seeman, M.Critchley, care arată că oricît de neînsemnate ar fi handicapurile de limbaj ele își pun amprenta asupra comportamentului handicapatului și din aceste motive, activitatea cu logopații trebuie să urmărească atît dezvoltarea vorbirii corecte cît și a personalității armonioase. Astfel,- s-a statornicit concepția cu privire la așa-numita terapie complexă în activitatea logopedică ce vizează stimularea și dezvoltarea întregii vieți psihice.

Tulburările limbajului sînt trăite de logoped în mod dramatic iar frămîntările sale permanente determină perturbaţii în organizarea şi sistematizarea activităţii psihice, tensionări şi scăderea încrederii în forţele proprii- ceea ce menţine o stare de încordare şi stress permanent. Dacă handicapurile de limbaj sînt sancţionate negativ de cei din jur, afectează relaţionarea subiectului cu colectivul de integrarea acestuia în viaţa socială. Cu cît deficienţele sînt mai accentuate, cu atît trăirea dramatică, în planul personalităţii, este mai mare, iar dereglările comportamentale mai frecvente.

Tulburările de comportament nu sînt identice în cazul tuturor handicapurilor de limbaj, ci au un anumit specific în raport cu gravitatea logopatiei respective.Efectele negative pornesc de la neparticiparea şi neadaptarea la viaţă în colectiv şi se ajunge la dezorganizarea personalităţii. In fapt, tulburările de comportament nu pot fi analizate fără a le lega, într-un fel sau altul de structura personalităţii. Dar, nivelul intelectiv, caracteristicile tipologice ale sistemului nervos central ca şi cele temperamentale imprimă particularităţi pe direcţia organizării sau dezorganizării activităţii, a armonizării sau dezarmonizării structurilor psihice, a anxietăţii sau timidităţii, a deprimării sau impulsivităţii chiar în condiţiile aceleiaşi etiologii. Dacă la acestea mai adăugăm şi influenţele sociale şi educative recepţionate diferit de la o persoană la alta, avem imaginea unei tipologii a comportamentelor aberante în funcţie nu numai de specificul cauzalităţii, dar şi în raport cu factorii structurii psiho-fizice şi de condiţiile socio-culturale în care trăieşte individual.In perioada şcolară,prezenţa handicapului de limbaj poate determina intensificarea tulburărilor comportamentale, transformîndu-le pe plan intern, în trăirea unei adevărate drame. La şcoală, copilul se manifestă rigid,nervos,deprimat şi trece uşor de la o stare afectivă la alta. Dacă la logopaţii cu dislalie şi tulburări de voce se manifestă mai frecvent reţineri în răspunsurile date la lecţii, în situaţii cînd nu întrevăd posibilitatea corectării sau nu găsesc înţelegerea necesară, la cei cu bîlbîială apare o agitaţie permanentă, instabilitate motorie, preocuparea exagerată pentru vorbirea proprie, neatenţie la explicaţii şi refuzul de a răspunde chiar atunci cînd ştiu lecţia. In familie, elevii cu bîlbîială se prezintă deosebit de neascultători, obraznici, izolaţi, răutăcioşi şi cu tendinţa de evadare de

acasă. La aceştia apar şi tulburări de somn, lipsa poftei de mîncare şi diferite sindroame obsesive.Disgraficii şi dislexicii nu îşi fac temele scrise pentru acasă invocînd tot felul de motive, dar declară că pot răspunde verbal, In general,ei sînt negativişti, încăpăţînaţi, hiperagresivi şi cu o atitudine de indolenţă faţă de activitatea şcolară. Faţă de colectiv, logopaţii manifestă neîncredere, suspiciune, iar la bîlbîiţi apare frecvent izolarea şi închiderea în sine. In funcţie de intensitatea emoţiilor prelungite şi dureroase se instalează oboseala fizică şi intelectuală ceea ce determină un randament slab la învăţătură.Eşecurile şcolare repetate măresc suferinţa psihică şi fenomenele de dezadaptare.

Odată cu înaintarea în vîrstă, menţinerea tulburărilor de limbaj determină o intensificare a handicapurilor de personalitate. Ca atare, subiecţii respectivi devin tot mai deprimaţi,nervoşi, irascibili, reţinuţi, necooperanţi şi negativişti, interiorizaţi, deseori făcîndu-şi şi complexe de inferioritate. Cu timpul asemenea stări stressante provoacă o hipersensibilitate afectivă conducînd la instabilitatea tulburărilor afectiv-emoţionale şi volitionale, ca particularităţi stabile ale personalităţii.Acestea determină şi scăderea interesului pentru activitate, datorită faptului că motivaţia nu mai are un rol dinamizator al acţiunii. Dacă persoana handicapată este preocupată de afirmarea sa în planul vieţii sociale suportarea tulburării devine tot mai grea - ceea ce face ca în final să aibă eşecuri repetate şi să renunţe la activitatea respectivă.

Lipsa de prevedere a posibilităţilor de corectare a tulburărilor de limbaj, corelată cu situaţii educative nefavorabile,prelungesc stările dureroase tensional şi intensifică trăirea emoţiilor şoc - ceea ce duce la manifestări de nesiguranţă şi la apariţia surmenajului fizic şi intelectual. Ca urmare comportamentul capătă instabilitate şi manifestări oscilante de la o situaţie la alta, de la o zi la alta, iar stimulii nu sînt percepuţi în raport de semnificaţia lor, putînd fi recepţionaţi şi amplificaţi ca negativi acei care nu prezintă importanţă pentru alte persoane.Ori din aceasta rezultă că trăsăturile de personalitate ale handicapaţilor de limbaj sînt foarte fragile şi instabile.

Prin dezorganizarea personalităţii individului cu tulburări de limbaj se manifestă reţinere şi teamă de vorbire - ceea ce duce

la inerţie şi rigiditate. Fobia vorbirii se întăreşte pe plan nervos, sub forma unor legături stabile şi obsedante, fapt care poate provoca şi apariţia altor tulburări de limbaj, cum este logonevroza In situaţia cînd se amplifică tulburările de limbaj, în general, acestea pot determina instalarea unui mutism electiv cu consecinţe grave nu numai pentru comportamentul logopatului, dar şi pentru evoluţia sa psihică şi recepţionarea influenţelor instructiv-educative. In general, comportamentul verbal cuprinde toate formele limbajului şi în el transpar atît structurile intelectului, cît şi cele ale personalităţii.

Inlăturarea comportamentelor aberante cît şi dezvoltarea personalităţii armonioase se poate realiza concomitent cu activitatea logopedică de corectare a limbajului care exercită o influenţă pozitivă indirectă asupra comportamentului şi prin utilizarea psihoterapiei care este destinată acţiunii nemijlocite de înlăturare a manifestărilor aberante. In procesul terapiei recuperatorii, trebuie luată în consideraţie totalitatea factorilor care pot dezorganiza personalitatea, adică atît cei care provoacă comportamente ce se încadrează în marea psihopatologie, cît şi cei secundari şi care duc la modificări mai puţin grave, de tipul celor din psihopatologia marginală. Aşadar, recuperarea trebuie să vizeze, în egală măsură, corectarea tulburărilor de limbaj şi înlăturarea handicapurilor de personalitate. Numai astfel se poate crea perspectiva socializării, integrării în activitate şi dezvoltarea psihică armonioasă. Metodele şi procedeele folosite vor fi adaptate în raport de individualitatea fiecărui logopat, de vîrsta sa, de tipul de handicapat şi de posibilităţile de comprehensiune - asimilare a influenţelor terapeutice.

In concluzie referitor la relaţia limbaj-personalitate-comportament putem spune că limbajul este un proces dinamic cu valenţe multiple în personalitate şi semnificaţii majore în comportamentul uman.

Bibliografia la autori.

INFLUENTA TULBURARILOR DE LIMBAJ ASUPRA DEZVOLTARII PSIHICE A COPIILOR

LIDIA CRIVOI

Centrul logopedic intergcolar Iasi

In lucrare ne-am propus să prezentăm cîteva date referitoare la dezvoltarea psihică a copiilor cu tulburări de limbaj comparativ cu copiii care au vorbirea normală.

Am avut în vedere următoarele componente ale psihicului copilului preşcolar:

1. comportamentul motor;
2. comportamentul cognitiv;
3. comportamentul verbal;
4. comportamentul social-afectiv;
5. atitudinea faţă de actul comunicării (nivelul de dezvoltare a motivaţiei);
6. atitudinea faţă de evaluarea performanţei obţinute în actul comunicării.

Ca instrument de lucru am folosit pentru primele patru comportamente testul „Aprecierea dezvoltării psihice a copilului preşcolar" al doctoriţei Irina Chiriac şi psiholog Angela Ghiţu, cu o singură modificare: la comportamentul cognitiv în locul efectuării unei construcţii din cuburi, cum cerea testul, am introdus proba cuburilor Kohs din testul W.I.S.C. Comportamentul social-afectiv, atitudinea faţă de actul comunicării şi faţă de succes sau eşec au fost evaluate pe baza propriilor observaţii şi a discuţiilor cu tovarăşele educatoare.

Pentru a putea cunoaşte maniera în care tulburarea de limbaj influenţează dezvoltarea psihică a copilului am urmărit componentele respective la două grupe: o grupă de 25 copii care prezentau tulburări de limbaj (dislalie polimorfă) şi o grupă de 25 copii cu o vorbire normală. Copiii ambelor grupe au fost consideraţi în limitele normalităţii din punct de vedere intelectual de către educatoare. Vîrsta lor varia între 5 ani şi 8 luni şi 6 ani şi 2 luni.

In ceea ce priveşte comportamentul motor copiii cu tulburări de vorbire nu respectă coordonatele spaţiale ale rombului.

Scanned with OKEN Scanner

Figura desenată este sau prea mică, sau foarte mare. Cauza poate fi şi o disfuncţie fiziologică, o lipsă de maturizare a celulelor nervoase dar şi faptul că la copiii cu tulburări de vorbire sesizarea relaţiilor spaţiale se face mai greu, ei au o coordonare oculo-motorie mai redusă. Dar aceşti copii nu se deosebesc de cei cu vorbirea normală la probele care le solicită să meargă corect într-un cerc desenat pe podea şi să se orienteze în schema corporală proprie.

In ceea ce priveşte comportamentul cognitiv la proba de cuburi Kohs care solicită transpunerea unui model din plan în spaţiu, copiii cu tulburări de vorbire deosebesc mai greu obiectul percepţiei de fondul percepţiei şi de aceea pot avea eşec la prima încercare. Atenţionaţi sau ajutaţi ei pot lucra apoi la fel de bine ca şi cei cu vorbirea normală. Nu apar diferenţe între maniera de lucru a copiilor cu deficit de limbaj şi a celor cu limbaj normal. In ambele grupe au fost copii care au rezolvat proba prin încercări şi erori, dar şi copii care au rezolvat-o pe baza unui plan dovedind un nivel superior de organizare mintală. Totuşi la copiii din prima grupă ritmul de lucru este în general mai lent şi capacitatea de a învăţa din propriile greşeli şi de a se corecta este mai scăzută.

In analiza comportamentului cognitiv al copiilor am introdus proba de recunoaştere a elementelor omise pe 8 desene incomplete, probă care este utilizată la vîrsta de 5 ani şi 6 luni. Am aplicat această probă pentru a testa spiritul de observaţie, nivelul de realizare al reprezentărilor cît şi vorbirea copiilor, deoarece în consemn le-am cerut să denumească imaginea şi partea care lipseşte. Proba indică legătura dintre memorie şi vorbire în sensul că mulţi copii cu tulburări de vorbire pot arăta ce element lipseşte din imagine, deci spiritul de observaţie şi nivelul reprezentărilor este normal dezvoltat, totuşi întîmpină greutăţi în denumirea imaginii, dar în mod deosebit în denumirea elementului care lipseşte, aceasta deoarece denumirea respectivă se foloseşte mai puţin în limbajul curent. Deci copiii cu tulburări de vorbire întîmpină dificultăţi în memorarea verbală a unor cuvinte, a unor noţiuni.

Acest lucru este vizibil evidenţiat de următoarele probe ale comportamentului cognitiv care au o bază verbală. Handicapul

Scanned with OKEN Scanner

copiilor cu tulburări de vorbire este vizibil aici. Copii cu tulburări de limbaj pot denumi cel mult patru culori, ei nu ştiu să relateze pe larg despre activităţile obignuite pentru momentele principale ale zilei chiar dacă le denumesc după ce au fost dirijaţi prin întrebări ajutătoare, întîmpină greutăţi la enumerarea anotimpurilor şi a zilelor săptămînii, a unor noţiuni concrete din sfera unor noţiuni generale, la definirea unor obiecte şi stabilirea de asemănări dintre noţiuni. Dar ei pot număra corect pînă la lo. Aceste greutăţi pe care le întîmpină copiii respectivi, chiar şi aceia care au rezolvat corect primele 6 subteste ale testului cu cuburi Kohs se explică nu atît prin lipsa nativă a operaţiilor de analiză-sinteză, abstractizare şi generalizare (manifeste pe planul activităţii motrice în rezolvarea probei de cuburi), cît prin incapacitatea de a opera asupra unui material verbal. Deci orientarea în timp cît şi capacităţile de operare prin analiză-sinteză, abstractizare şi generalizare asupra unui material verbal sînt reduse în cazul acestor copii.

In ceea ce priveşte analiza comportamentului verbal am utilizat planşele 2B şi 2C cerînd copiilor să denumească imaginile desenate şi planşa 3 în vederea utilizării în vorbire a pluralului. Aceste planşe sînt pentru vîrstele de 5 ani şi 6 luni şi 4 ani. Poate din această cauză ele nu evidenţiază deosebiri mari între copii cu tulburări de vorbire şi copii cu voebire normală.Greutăţile care apar în denumirea obiectelor sînt determinate de pronunţarea incorectă a unor sunete. Dificultăţile în formarea pluralului apar la copiii cu deficit intelectual.

In privinţa folosirii corecte a adverbelor de timp la copiii cu tulburări de limbaj apar confuzii în special între adverbele mîine şi ieri. La relatarea pe larg despre trei imagini date (o haină, o maşină, o masă), copiii din prima grupă întîmpină greutăţi. Ei au tendinţa de a denumi numai obiectul, dar cu ajutorul întrebărilor formulate, din aproape în aproape se poate obţine o relatare mai amplă asupra obiectelor respective.

Nu există deosebiri în recunoaşterea literelor între copiii din cele două grupe.

In realizarea unor povestiri pe bază de imagini apar decalaje mari între copiii din cele două grupe. In vederea testării posibilităţilor de povestire am folosit planşele 4A; 4B; 4C.Din

povestirile realizate de copiii cu tulburări de limbaj s-au evidenţiat următoarele caracteristici:

- povestirea nu este încadrată în spaţiu şi timp;
- de multe ori povestirea se reduce la o înşiruire de propoziţii, fără a se evidenţia ideea centrală şi ideile subordonate ei;
- nu se realizează legătura pe planul ideaţiei între general şi particular;
- volumul vocabularului este sărac, numărul cuvintelor de relaţie folosit este redus, ori tocmai cuvintele de relaţie redau raportul dintre diferite obiecte şi fenomene;

Pentru aprecierea comportamentului social-afectiv am apelat la opinia educatoarelor. Din relatările lor reiese că nu apar deosebiri între copii în aranjarea lucrurilor în mod ordonat, cît şi la jocurile de îndemînare (decupaje). Diferenţierea apare în comunicarea cu persoanele adulte, străine, dar şi cu persoanele cunoscute la copiii cu tulburări de limbaj. Ei refuză comunicarea cu persoanele străine şi uneori chiar şi cele cunoscute, tendinţa de negativism fiind mult mai accentuată. Din discuţiile cu educatoarele şi observarea copiilor în timpul activităţii logopedice cît şi prin asistenţă la ore considerăm că refuzul comunicării se poate explica prin: slaba motivaţie a necesităţii de a vorbi, copiii cu tulburări de vorbire nu simt nevoia de a comunica;

- copiii respectivi evită situaţiile de comunicare, în special cu adulţii, fiind conştienţi de handicapul pe care îl au. Ei nu ridică mîna să răspundă la lecţii, iar cînd sînt solicitaţi tind să dea un răspuns cît mai scurt.

Un alt aspect, strîns legat de cel precedent, este atitudinea copiilor faţă de performanţele obţinute în actul comunicării. Tendinţa de negativism, încăpăţînarea şi refuzul de a vorbi apare pregnant atunci cînd copilul este admonestat pentru vorbirea sa. Încurajarea, lauda pentru cel mai mic succes în corectarea vorbirii sînt mijloacele prin care se pot obţine rezultate bune în activitatea de terapie logopedică.

Cei 25 de copii ai primei grupe testate, au fost supuşi terapiei logopedice, un an sau chiar doi ani de zile. 12 dintre ei au fost urmăriţi şi în activitatea şcolară. Din aceşti 12

Scanned with OKEN Scanner

copii numai 2 au prezentat dislexie-disgrafie. O fetiţă, U.I., cu intelect la limită (testată la L.S.M.) şi cu crize de epilepsie datorate unor microleziuni cerebrale, şi o fetiţă S.I.normal dezvoltată sub aspect psihic dar cu deficienţe de auz fonomatic, Important ni se pare să subliniem faptul că doi copii cu intelect la limită şi cu tulburări de vorbire, cărora li s-a corectat deficienţa în grădiniţă s-au integrat în activitatea şcolară obţinînd rezultate bune.

In concluzie putem spune că tulburările de limbaj influenţează negativ dezvoltarea psihică a copiilor sub toate componentele sale afectîndu-le mai mult sau mai puţin. Prin activitatea logopedică se poate realiza atît corectarea vorbirii copilului, cît şi recuperarea dezvoltării sale psihice. Dar rezultatele obţinute sînt condiţionate de înzestrarea nativă a copilului, de educabilitatea sa, cît şi de dezvoltarea unei motivaţii pozitive faţă de actul comunicării. Insuşirea corectă a limbajului influenţează în mod pozitiv gîndirea în operaţiile de abstractizare şi generalizare cît şi sub aspectul amplorii, flexibilităţii şi profunzimii. Totodată însuşirea corectă a limbajului influenţează deuvoltarea personalităţii copiluiui sub aspect socio-afectiv, condiţionează integrarea sa în colectivul de copii şi realizarea comunicării cu adultul, atît de necesară evoluţiei sale.

Bibliografia la autor

Scanned with OKEN Scanner

ABATERI DE LA EVOLUTIA NORMALA A LIMBAJULUI LA SCOLARUL MIC

RODICA HÂRTAN
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Tulburările de limbaj constituie una din cauzele principale ale insuccesului şcolar.De aceea, profesorilor logopezi, învăţătorilor, educatorilor le revine sarcina ca, prin corectarea sau compensarea lor să contribuie la egalizarea şanselor de instruire şi educare a copiilor cu limbaj tulburat, oferindu-le accesul spre pregătirea şcolară şi profesională, pentru viaţă şi activitatea socială.

Etapa actuală cere un învăţămînt formativ în sens modern,care să valorifice capacităţile intelectuale, să urmărească formarea unei gîndiri creatoare, bazată pe flexibilitate şi fluiditate,care să facă faţă afluxului informativ. Ori această gîndire creatoare nu se poate realiza fără limbajul articulat. In şcoala de masă elevii se diferenţiază prin aptitudinile intelectuale şi neuromotorii, cît şi prin comportament. Examenele psihopedagogice efectuate prin consultaţii în şcoli şi la Centrul logopedic evidenţiază, pe lîngă alte categorii de tulburări, copii cu tulburări neuromotorii majore manifestate prin dislalii mono şi polimorfe, asociate cu dislexii-disgrafii, diazartrii, agrafii, acalculii,dizortografii, disfazii şi afazii (mai rar), tulburări de lateralitate, de organizare spaţio-temporală,etc. Varietatea lor este practic nedeterminată, prin faptul că tulburările apar de grade,intensitate şi contaminări diferite.

Privită filogenetic, vorbirea a apărut recent şi ea rămîne, prin urmare, fragilă la agresiuni patologice, care perturbă fie latura intelectuală a limbajului: formularea şi folosirea simbolurilor,determinînd apariţia unor tulburări de tip disfazic sau afazic, fie latura materială, rostirea, determinînd apariţia tulburărilor foneticoarticulatorii de tip dizatric sau dislalic.

Urmărind aceste aspecte la şcolarii din clasele I-IV din municipiul Iaşi, cu care s-a lucrat în parte, putem conchide că la ei întîlnim tulburări care afectează rostirea (şi mai puţin care afectează limbajul), în special din sfera sindromului dismaturativ determinate de o întîrziere uşoară în apariţia şi dezvoltarea vorbirii: dislalii de evoluţie, bîlbîiala fiziologică şi dislexia -

Scanned with OKEN Scanner

disgrafia de evoluţie, aceasta fiind condiţionată fie de un ritm propriu de dezvoltare, fie de o frînare şi încetinire a ritmului normal al dezvoltării vorbirii, cauzată de factori somatici,afectivi sau sociali.

Intîlnim la copiii de vîrstă şcolară mică mai ales pronunţări incorecte ale unor sunete şi cuvinte, deformări,substituiri,nazalizări, aşa zisa dislalie simplă sau polimorfă.Frecvenţă mai mare au dislaliile funcţionale de evoluţie sau dismaturative şi mai rar cele organice. Stiind că dislaliile fiziologice dispar în jurul vîrstei de 4 ani, cînd copilul îşi însuşeşte modelele pronunţiei adulte, dislaliile şcolarilor mici pot fi clasate ca patologice.

Maturizarea fonoarticulatorie se realizează în genere în perioada preşcolară, dar sînt şi cazuri cînd modul alterat al pronunţiei se lichidează la şcoală, chiar fără ajutor logopedic,ca urmare a deprinderii scris-cititului. Aceşti copii au o capacitate de pronunţie corectă care se realizează în condiţii externe favorabile unei însuşiri corecte a vorbirii. Astfel se explică procentajul ridicat al dislaliilor la clasa întîi şi reducerea lor la clasele II-IV. Dintr-un total de 291 copii dislalici, 230 au fost depistaţi în clasa I, iar restul în clasele II-IV.La aceştia din urmă, o mare parte a alterărilor de pronunţie sînt tributare unor lezări structurale ale organelor periferice sau centrale ale vorbirii, mai rar întîlnite fiind dislaliile mecanice provocate în mare parte de malformaţiile organelor fonoarticulatorii periferice. Ei prezintă tulburări serioase, rezistente la corectare, aparţinînd categoriei sindroamelor extrinsece limbajului. Avem în vedere dislalii apărute în cadrul malformaţiilor organelor periferice sau în deficitul auditiv de diferite grade,dizartrii piramidale,extrapiramidale sau cerebeloase, bîlbîieli,bradilalii. Acestea sînt condiţionate de malformaţii periferice,leziuni periferice motorii sau senzoriale, leziuni subcorticale. In şcoala de masă,numărul acestor copii este foarte redus (0,1%).

Uneori, se întîlnesc copii, care, sub masca alterării pronunţiei ca simptom de prim plan, ascund diverse sindroame afectînd:

- fie limbajul, exprimate prin întîrziere în apariţia şi dezvoltarea acestuia, dificultăţi în deprinderea scris-cititului, vocabular sărac, agramatisme;

- fie motricitatea, manifestate în dizabilităţi motorii, interesînd organele fonoarticulatorii (labilitate în pronunţie, vorbire ştearsă, eliziuni), fie motricitatea generală (hiperkinezii, cu instabilitate şi excitabilitate crescută, lateralitate nefixate)

- fie maturizarea intelectuală, reprezentate prin deficit în capacitatea de concentrare a atenţiei, lentoare în dinamica proceselor de gîndire, fatigabilitate;

- fie afectivitatea şi comportamentul, fiind vorba de un sindrom manifestat prin puerilism, de un sindrom anxios sau de inhibiţie (timiditate, mutism electiv).

Am întîlnit şi cazuri în care tulburările dislalice se manifestă simultan în diferite asocieri: fie cu dislaxie-disgrafie, fie cu bîlbîieli. Astfel, dintr-un număr de 629 copii cu tulburări de vorbire, 19 prezentau defecte cuplate, majoritate - 11 - afectaţi de cuplajul dislalie-dislexie-disgrafie, un caz de dislalie-bîlbîială, unul de dizartie-dislexie-disgrafie, la clasele II-IV, iar la clasa I, un caz cu bîlbîială-rinolalie, unul cu dislalie-bradilalie, două cu dislalie-bîlbîială şi două caruri cu rhinolalie-disfazie (în cazul unei dehiscenţe labio-velo-palatine).

Cele mai puţine cazuri, dar şi cele mai grave, nerecuperabile niciodată total, se caracterizează printr-o simptomatologie de tip afazic, comportînd tulburarea ideaţională a limbajului şi vorbirii. Afectarea limbajului se datorează aici unor leziuni cortico-subcorticale.

Dislexo-grafiile, cu un procentaj de 23,6%, sînt cele mai frecvente la copiii din clasele II-IV. Sub aspect clinic, întîlnim o gamă de intensităţi, variind de la forma severă cu incapacitatea cunoaşterii literelor, pînă la o simplă greutate în citire, unele cuvinte fiind citite corect altele nu. Disgrafiile sînt de natură afazică, constînd în greutăţi în evocare cuvintelor, în scrierea lor corectă, fie de natură apraxică, manifestate în execuţia incorectă a literelor. La şcolarii mici, cele mai frecvente sînt tulburările de scris-citit, însoţite de caracteristici afazice.

Frecvenţei mari a disle-grafiilor i s-a dat mai multe explicaţii. Unii au stribuit-o tulburărilor de motricitate, alţii tulburărilor de vorbire. Această din urmă părere nu trebuie

absolutizată, de care ce, din observaţiile făcute asupra elevilor dislexo-grafici cu care s-a lucrat, se poate constata că nu există totdeauna o legătură strînsă între tulburările de vorbire şi cele de scris-citit.Dacă mulţi copii dislalici sînt şi dislexo-grafici, foarte mulţi au dislexie -disgrafie nu au şi tulburări de vorbire. Din 288 copii dislexo-grafici, doar 11 prezentau tulburări cuplate dislalie-dislexie-disgrafie.Nu-i mai puţin adevărat că raportul între forma vorbită şi cea scrisă a limbajului raportul este foarte strîns. Multe dintre greşelile persistente în limbajul oral se manifestă şi în limbajul scris, în special la copiii care au prezentat întîrziere în dezvoltarea vorbirii pînă la 10-11 ani. Tulburările limbajului scris nu pot fi considerate în totalitate disgrafii. Din punct de vedere psihopedagogic,multe dintre acestea se produc în limitele evoluţiei normalului din cadrul şcolarizării şi se datoresc insuficienţei exerciţiului. Altele intră,în categoria disfonografiilor (după C.Păunescu), rezultate ale receptării incorecte a cuvintelor cu o compoziţie fonologică dificilă.Fenomenul este frecvent la elevii claselor I-II şi se impune o atenţie sporită în etichetarea copilului dislexo-grafic.

In practica şcolară, se întîlnesc deci diverse tulburări ale scrisului, pe care logopezii le încadrează în sindromul neurologic numit disgrafie.Din statistica făcută, am eliminat disfonografiile şi celelalte tulburări datorate carenţelor pedagogice. Nu au fost luaţi în considerare elevii din clasa întîi,deoarece diagnosticarea dislexiei-disgrafiei la aceştia este foarte dificilă şi pot apărea multe erori. In clasa întîi, scris-cititul ridică probleme deosebite, iar greutăţile care apar sînt determinate de numeroşi factori: mediul socio-cultural, nefrecventarea grădiniţei,maturizare tîrzie, lipsa deprinderilor de muncă intelectuală, indiferenţa părinţilor.Sînt copii imaturi şcolari,la care se semnalează inabilităţi manuale, unii au o slabă organizare a funcţiei vizual-motorii, dominanta lateralităţii nestabilizată, oscilantă, sau întîmpină greutăţi în percepţia spaţio-temporală. Toate acestea pot fi explicate ca fiind o consecinţă a unor întîrzieri în sfera proceselor cognitive de tip senzorial. care influenţează negativ acuitatea perceptivă şi receptarea adecvată a stimulilor vizuali şi auditivi.Apare uneori incapa-

Scanned with OKEN Scanner

citatea de diferenţiere a formelor grafice (m-n-u, p-b-d) şi a stabili legătura între imaginea grafică şi cea sonoră.Limbajul imaturilor şcolari este adesea incoerent,inexpresiv,eliptic, cu dezacorduri. O examinare psihopedagogică, dăruirea şi talentul învăţătorului, interesul şi sprijinul familiei contribuie la înlăturarea dificultăţilor ce apar în însuşirea scris-cititului, urmînd ca în clasele II-IV să depistăm adevăraţii dislexo-grafici,deci tulburările patologice ale limbajului scris-citit.

Comparativ cu tulburările dislalice şi dislexo-grafice,tulburările de ritm; bîlbîieli, tahilalii înregistrează o frecvenţă destul de redusă (0,7%).Cunoaşterea statisticii tulburărilor de limbaj, precum şi raportul cantitativ şi calitativ dintre diferitele forme de tulburări şi este de mare importanţă, avîndu-se în vedere gradul diferit de repercutare asupra dezvoltării întregii personalităţi a individului, a evoluţiei intelectuale, a randamentului şcolar şi a inserţiei sociale.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVATII ASUPRA FENOMENULUI DISLEXO-GRAFIC LA CLASELE I-IV IN SCOLILE DE MASA

PAULINA CIUPILAN
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Exigenţele vieţii contemporane impun preocupări intense pentru găsirea unor posibilităţi de elaborare cît mai timpurie a deprinderilor şcolare. In acest context, este firesc să se acorde o atenţie sporită şi dificultăţilor pe care le întîmpină unii elevi în procesul formării deprinderilor de citit-scris, însuşirea sistemului ortografic sau gramatical precum şi asupra repercursiunilor pe care acestea le au asupra dezvoltării intelectuale şi a randamentului şcolar. Aceasta, cu atît mai mult cu cît numărul elevilor cu astfel de inabilităţi nu poate fi neglijat nici sub aspect cantitativ.

Formarea deprinderii de citire şi scriere corectă, constituie o condiţie de bază a întregii munci instructiv-educative din şcoala primară. Deşi în planul de învăţămînt scris-cititul ocupă un loc important începînd cu clasa I, nu totdeauna învăţătorii sînt mulţumiţi de realizările pe care le obţin. Cauzele sînt multiple şi dacă unele pot fi depăşite de către învăţători, unele probleme îi depăşesc.E vorba de acele aspecte care ţin de tulburările limbajului scris. Această problemă a fost stabilită de specialişti din diverse domenii de activitate şi din unghiuri diferite, ceea ce a dus la elaborarea a numeroase şi variate teorii cu privire la etiologia, formele de manifestare şi implicaţiile ler.Au fost discutate pe rînd: modificări de structură a encefalului, tulburări senzoriale optico-spaţiale sau auditive, factori ereditari sau predispoziţii congenitale, tulburări psiho-afective sau comportamentale,etc.

Cert este însă, aceasta fiind şi poziţia actuală, că, la baza dislexo-grafiilor stă o cauzalitate complexă, scrierea fiind" în totalitatea ei o sinteză superioară a limbajului oral, a celui interior şi a modalităţii grafice a acestora, care transmit într-o formă specifică nu numai un conţinut de gîndire-informativ - ci şi un conţinut individual de cunoştinţă". Reiese clar din aceasta, că pe lîngă interacţiunea celor trei analizatori, scrisul este strîns legat de limbajul oral şi gîndire. De aici decurge şi gama bogată de repercursiuni pe care o atrage tulburarea limbajului scris.Indiferent de complexul simptomatic în care apare, fie ca simptom al

afaziei, fie al răspîndirii parieto-occipitale, fie cu manifestări secheleare de intelect, afectivitate şi compertament,dislexia-disgrafia are repercursiuni asupra dezvoltării inteligenţei,memoriei,învăţării în general, precum şi asupra relaţiilor sociale.

La toţi copiii dislexo-grafici se întîlnesc într-o măsură mai mare sau mai mică, manifestări secheleare în intelect, cum ar fi tulburările superioare ale limbajului, deficit de abstractizare, generalizare şi în prelucrarea noţiunilor, bradipsihia proceselor intelectuale, fatigabilitate, deficit de concentrare. De asemenea întîlnim manifestări secheleare în dezvoltarea afectivă:Hipermotivitate cu dezechilibru sau labilitate emoţională,retard afectiv,puerilism.

Sub aspectul compertamentului se observă instabilităţi psihomotorii sindrom de inhibiţie,manifestări nevrotice (tulburări de somn, enurezis, anxietate,astenie,cefalee,inapetenţă,etc) datorate în parte dificultăţilor de adaptare şi eşec şcolar.La unii găsim tulburări de lateralitate: stîngăcii, dislateralizare, disabilitate manuală.Influenţa dislexiei-disgrafiei asupra dezvoltării intelectuale, trebuie privită cu mult discernămînt şi susţinem părerea profesorului I.Străchinaru, că deficitul activităţii intelectuale trebuie privit mai întîi în raport cu nivelul dezvoltării mintale şi după aceea cu celelalte aspecte ale personalităţii,între care şi sectorul dificultăţilor de limbaj.

Raportul dintre tulburările limbajului scris şi starea dezvoltării intelectuale nu poate fi absolutizat, deoarece tulburările care apar în scris reflectă în primul rînd lipsa capacităţii de a diferenţia şi pronunţa corect diferite sunete şi apoi starea de dezvoltare a activităţii intelectuale.În ce priveşte randamentul şcolar al acestora, chiar la cei bine dotaţi intelectual, se înregistrează eşecuri mai mult sau mai puţin grave.Aceste eşecuri în strînsă legătură cu deficienţa şi tabloul în care apare.

Copiii dislexo-grafici întîmpină greutăţi de la primele începuturi ale însuşirii scris-cititului, în memoria literelor, în stabilirea legăturilor fonem-grafem, în operaţiile de analiză fonetică la nivelul cuvîntului,silabei,etc. Întîlnim cazuri de dislexie-disgrafie gravă chiar la clasele II-IV, la care realizarea scrierii este imposibilă, reducîndu-se doar la o însuşire de litere.Astfel la clasele II-IV frecvenţa dislexo-grafiilor atinge un procentaj de 23,6%. Din urmărirea atentă a copiilor dislexo-grafici cu care s-a lucrat, s-a observat că nu totdeauna există o corelaţie tot

atît de strînsă între tulburările de vorbire şi dislexo-grafii, deoarece dacă mulţi copii cu deficienţe de vorbire prezentau şi tulburări dislexo-grafice, foarte mulţi copii cu dislexo-grafii nu aveau tulburări de vorbire. Astfel, din 288 copii dislexo-grafici depistaţi numai 11 avem cuplajul dislalie-dislexie-disgrafie.

Totuşi există un raport între forma vorbită şi forma scrisă a limbajului. O similitudine de greşeli persistente se manifestă atît în limbajul oral cît şi în cel scris la copiii cu vorbirea întîrziată şi aceasta pînă la vîrsta de 10-11 ani.

Cert este faptul că scris-cititul, dintre toate deprinderile omului de altă parte se învaţă în ontogeneză, fără să se bazeze pe elemente predispozante anatomo-fiziologice. De aici şi marea fragilitate a scrisului. Sub aspect clinic, în disgrafii se întîlnesc o gamă de intensităţi diferite, variind de la o formă severă cu incapacitatea cunoaşterii literelor, pînă la simple greutăţi în legătură cu citirea corectă a unor cuvinte şi incorectă a altora. Disgrafii fie de natură afazică, constînd în greutatea în găsirea literelor, a cuvintelor, scrierea lor corectă, fie de natură apraxică, erorile manifestîndu-se în executarea literelor.

La clasele II-IV cele mai frecvente sînt tulburările de natură afazică. In ce priveşte proporţia elevilor care greşesc în transcrierea limbajului oral în limbaj scris, aceasta e mult mai mare: 40-45% dar nu toţi aceştia sînt disgrafici. Din punct de vedere psihopedagogic, multe din greşelile de scris ale şcolarului mic nu pot fi socotite dislexii-disgrafii, deoarece ele se produc în limitele evoluţiei normalului din cadrul şcolarizării. La mulţi se întîlneşte o individualizare receptivă modificată. La aceşti copii se produce un coeficient între individualitatea receptivă modificată şi ezitaţia legilor fonetice, care se soldează cu tulburări în redarea grafică a vorbirii orale sau a gîndirii. Acest conflict face să se producă greşeli numai la anumite cuvinte, cu o compoziţie fonologică dificilă în ceea ce priveşte analiza şi sinteza. Aceste cuvinte devin cuvinte conflictuale şi sînt generatoare ale fenomenului de disfenografie.* Se întîlneşte deci, o mare categorie de greşeli în limbajul scris al copilului, care, deşi formal sînt similare dislexo-grafiilor, privite atent, în perspectiva structurii fonetice

---

* Păunescu C - Disfenografiile-Tulburările limbajului scris, Edit. Didactică şi Pedagogică - Bucureşti, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

a limbii române, se diferenţiază de disgrafii.Acestea sînt disfenografiile şi au o pondere foarte mare la clasele I-II. Se impune deci o atenţie sporită în etichetarea copilului dislexo-grafic.

In perioada şcolară se întîlnesc diverse moduri de tulburări ale grafismului copilului care au fost uneori încadrate în disgrafii. Astfel au fost calificate în mod nejust drept dislexii-disgrafii şi greutăţile care rezultă dintr-o greşită iniţiere, dintr-un exerciţiu insuficient sau adesea ori dintr-o slabă motivaţie sau o motivaţie tulburată.Adevăratele dislexo-grafii, sînt infirmităţi circumscrise, care rezultă limitările discrete ale funcţiilor senzoriale sau din anomalii în organizarea dinamicii circuitelor cerebrale responsabile cu coordonarea visuo-auditivo-verbală,care asigură actul complex al percepţiei şi înţelegerii limbajului scris.

In munca de corectare a tulburărilor limbajului scris am observat o serie de greşeli, specificate şi în literatura de specialitate, a cărer prezenţă şi frecvenţă a fost verificată din diferite probe: copieri,dictări,mici compuneri,etc.Astfel amintim următoarele tipuri de greşeli:

- înlocuiri de litere;silabe în interiorul cuvintelor,în poziţii iniţiale şi finale;
- omisiuni de litere în interiorul cuvîntului în poziţie iniţială şi finală;
- adăugiri de cuvinte,silabe,litere.
- inversiuni de silabe şi litere.
- înlocuiri de cuvinte (unele adecvate,altele neadecvate)
- repetiţii de cuvinte,silabe,litere
- contopiri de cuvinte (aglutinări)
- alterarea diftongilor
- flexiuni incoerente la verbe,substantive,adjective
- constrîngeri
- discitografii

Căutînd să evităm disfenografiile şi celelalte greutăţi datorate carenţelor pedagogice, la clasele II-IV s-a găsit un procentaj de 23,6%, copii cu dislexo-grafii. Credem că acest procentaj se apropie de realitate dar şi posibilitatea structurării unor erori de diagnosticare nu este cu totul înlăturată.Nu au fost cuprinşi în acest procentaj copiii clasei I pentru că diagnosticarea dislexiei-disgrafiei la clasa I este foarte dificilă şi pot apărea multe erori.In clasa I, scris-citit ridică probleme deosebite,iar

greutăţile care apar trebuie privite sub diverse aspecte,deoarece sînt mulţi factori care pot împiedica însuşirea corectă şi uşoară a scris-cititului şi nu orice abatere de la normele stabilite poate fi considerată de natură patologică.Este ştiut faptul că mecanismul scris-cititului se învaţă de către copiii foarte dotaţi în trei luni, iar de către cei cu posibilităţi în limite normale în 6-9 luni.Unele greutăţi se pot datora unor lipsuri în munca educatorului,indiferenţei părinţilor precum şi abecedarului care trebuie conceput astfel încît să corespundă cerinţelor actuale ale şcolii să constituie în acelaşi timp un instrument de lucru care se mînuieşte cu uşurinţă în activitatea independentă a elevului.

Succesul şcolar din clasa I, influenţează adesea în mod hotărîtor întreaga activitate şcolară ulterioară. Din acest motiv, analiza maturităţii-imaturităţii şcolare, care reprezintă unul din criteriile fundamentale ale unei integrări şcolare adecvate, trebuie să stea în atenţia celor care dau acest certificat.

Sînt destui copii imaturi şcolari, la care se semnalează inabilităţi manuale, traduse prin mişcări ale mîinilor intens necoordonate sau cu o coordonare şi precizie redusă, sinkinezii mai numeroase şi mai intense.Unii posedă o slabă organizare a funcţiei visual-motorie,dominantă lateralităţii manuale nestabilizată,oscilantă, uneori ezitantă, copii care întîmpină greutăţi în organizarea şi percepţia temporară şi a relaţiilor spaţiale.Datorită acestor particularităţi, elaborarea deprinderilor grafice este îngreuiată,fiind doar în formare, sau unii prezintă chiar disgrafii.Toate acestea pot fi explicate ca fiind o consecinţă a unor întîrzieri în sfera proceselor cognitive de tip senzorial, care influenţează negativ acuitatea perceptivă şi receptarea adecvată, cu descoperire a stimulilor vizuali şi auditivi.Uneori apare incapacitatea de a percepe diferenţierea formelor grafice şi de a stabili legături între simbolurile grafice.Toate aceste aspecte ale imaturităţii şcolare,fac să apară deosebite greutăţi în însuşirea scris-cititului, cu aspecte comune dislexo-grafiei,dar care în mare parte nu sînt dislexii-disgrafii. In unele cazuri tulburările fonoarticulatorii dăunează progresului şcolar, în special însuşirii scris-cititului.Din cauza unui mare număr de sunete prenunţate greşit, copilului dislalic îi va fi greu să lege sunetul de literă şi prin urmare să înveţe scrierea corectă.

Tulburările auzului fonematic nu-i vor permite să realizeze

corect operaţiile de analiză şi sinteză la nivelul silabelor şi cuvintelor. La majoritatea copiilor dislalici apar fenomene de transpunere a omisiunilor,deformărilor şi substituirilor din vorbirea orală şi în vorbirea scrisă. Sigmatismul şi parasigmatismul,rotacismul şi pararotacismul, lamdacismul şi paralambdacismul care sînt forme de dislalie parţială sînt cele mai frecvent reflectate în scris şi citit. La dislalici la care apare şi fenomenul de scădere al percepţiei auditive, se accentuează dislalia, cu repercursiuni serioase şi asupra scris-cititului.Transpunerea fenomenelor dislalice în vorbirea citită şi scrisă se produce pe baza principiilor asemănării, apropierii şi contagiunii.Astfel prin asemănare,au loc substituiri, omisiuni şi inversiuni de litere.Fenomenul transpunerii se manifestă mai cu seamă în dictări şi compuneri dar se mai observă şi în copierele de texte.Cu cît dislalia este mai pregnată, cu atît se manifestă mai mult în scriere şi citire.Se impune deci intervenţia logopedică cît mai timpurie - în dislalie - înainte de începerea şcolii sau cel tîrziu în clasa I.

Citirea pune probleme la fel de grave în cazul copiilor dislexo-grafici. Cuvintele simple reuşesc în unele cazuri să le citească cu opriri,silabisiri sau cînd nu s-a insistat suficient asupra formării deprinderii de a folosi silabe, citesc pe litere. In cazul cuvintelor grele, cu o structură fonetică mai complicată apar numeroase blocaje, le denaturează, pe unele le omit,altele sînt substituite. Multe cazuri de dislexografici aflate în clasele III-IV, nu pot realiza o citire pe sintagme, cu înţeles.Aceşti copii neputînd citi propoziţiile în totalitatea lor, cu intonaţia şi pauzele impuse de necesităţile gramaticale şi logice, nu pot înţelege,recepţiona şi memora cele citite.La cazurile grave acestea sînt imposibile.Chiar cînd situaţia se ameliorează (după două-trei trimestre de terapie logopedică) ei nu reuşesc să sesizeze întreaga bogăţie a conţinutului de idei şi de sens a celor citite.

Datorită nivelului scăzut de înţelegere a celor citite,apare şi o capacitate scăzută de reproducere, de redare a conţinutului de idei şi de sens a celor citite. In general se observă o enumerare de fapte fără o succesiune logică, de multe ori cu o înţelegere foarte redusă a fondului, cu o punctuaţie deficitară şi numeroase greşeli. Cele mai mari probleme le ridică desprinderea de text. Dacă cu eforturi considerabile reuşesc să citească textul unei lecţii,întrebările despre ceea ce a citit îi găsesc foarte

departe de activitatea cerută.Gradul de conştientizare, de urmărire a sensului este foarte deficitar. In aceste condiţii este şi firesc să nu poată face faţă cerinţelor şcolare, să înregistreze numeroase insuccese şcolare, care la rîndul lor vor atrage o serie de modificări afective şi de comportament care vor închide cercul vicios şi vor accentua mai mult dislexia-disgrafia.La mulţi dintre copiii dislexo-grafici ce vor observa elemente suprasădăugate: lipsă marcantă de conştiinciozitate, lipsa unui program de studiu,neconformism în relaţiile şcolare. Incidenţa dislexiei-disgrafiei cu defecte neuropsihice şi psiho-pedagogice(deficit intelectual,dificit şcolar, dificit neurologic, tulburări nevrotice, modificări afective, tulburări comportamentale,caracteriale) este destul de mare. Intre acestea există legături şi condiţionări complexe.Uneori dislexo-grafiile pot determina starea de eşec şcolar şi apoi tulburări nevrotice contribuind la apariţia disgrafiilor şi împreună pot determina eşecul şcolar.Dacă tulburările verbirii orale se transpun şi în scris şi influenţează negativ formarea abilităţilor grafice şi dificultăţile actului grafo-lexic îşi pun amprenta pe verbirea subiectului.De aceea dezvoltarea limbajului, actul grafo-lexic,care exprimă complex totalitatea caracteristicilor personalităţii, trebuie considerate numai în cadrul evoluţiei întregului psihic uman.Prevenirea şi terapia tulburărilor de verbire, de scris-citit, munca de stimulare şi educare conştientă a întregii personalităţi trebuie să preocupe pe toţi specialiştii, pe toţi cei angajaţi în complexul proces educaţional.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

ÎNTÎRZIERE ÎN APARIȚIA, ORGANIZAREA ȘI DEZVOLTAREA LIMBAJULUI

MIOARA TOFAN

Centrul logopedic interșcolar Iași

Cauzele care duc la întîrziere în dezvoltarea vorbirii copilului sînt:

1. Factorii neurogeni care determină o leziune cerebrală sau macrosechelară. Ei acționează în timpul sarcinii, la naștere sau postnatal (boli ale gravidei, encefalite și alte îmbolnăviri ale creierului în primii ani de viață.

2. Factorii somatogeni care determină o întîrziere globală a dezvoltării somato-neuropsihice. Este vorba de boli cronice cu evoluție îndelungată, bolile infecțioase din timpul primei copilării, debilitate. În această categorie se includ: tuberculoza, rahitismul, rujeola, varicela, tusea convulsivă, infecții septice prelungite.

3. Factorii psihogeni în care sînt incluse: abandonul și lipsa de îngrijire, mediul defavorabil dezvoltării vorbirii (ambii părinți surdo-muți), greșeli de educație care duc la refuzul copilului de a comunica. Tot o cauză psihogenă de întîrziere în apariția și dezvoltarea vorbirii o constituie suprasolicitarea verbală prin bilingvism la vîrsta ate-preșcolară.

Factorii psihogeni pot fi grupați astfel:

- factori dismaturativ care determină simptomul de abandon lipsa de îngrijire, stimulare);
- factori nevrozanți care determină un sindrom reactiv (mutism). Aceștia sînt: atitudini brutale, suprasolicitarea verbală, pretenții exagerate, răsfăț.

4. Factorii constituționali prin care se înțelege o debilitate de limbaj definită ca o particularitate înnăscută, constituțională și posibil ereditară a personalității psihosomatice ce se caracterizează printr-o limită la domeniul verbului, manifestîndu-se în toate dimensiunile vorbirii și limbajului sub diferite forme: întîrziere în vorbire la 3-4 ani, dislalie prelungită și după 5 ani, tulburări articulatorii mai grave, dificultate în însușirea scris-cititului la vîrsta școlară.

Scanned with OKEN Scanner

Au fost descrise următoarele forme clinice care determină întîrziere în apariţia, dezvoltarea şi organizarea limbajului:

- forma pură, lipsită de simptomatologie somato-neuropsihică; se manifestă o tendinţă regresivă, de cele mai multe ori cu caracter ereditar;
- forma constituţională care afectează toate modurile vorbirii şi se caracterizează prin simptomatologie de tip afazic;
- forma sechelară sau microsechelară; însoţeşte leziunile cerebrale;
- forma somatică; însoţeşte distrofia, rahitismul, debilitatea fizică hipertrofia statro-ponderală;
- forma psihogenă cu simptomatologie dismaturativă (sindromul de abandon, inhibiţia nevrctică, frustrare, deficit intelectual.

Pentru un diagnostic corect se recurge la un examen somatic general (greutate, înălţime, dimensiunile craniului şi toracelui), examen endocrin, examen laringologic şi audiologic, examen psihologic examen neurologic şi psihiatric. Este necesar să se insiste asupra examinărilor psihologice, să se depisteze cauzele socio-afective.

Diagnosticul diferenţiat se face ţinînd cont de deficitul de auz. La copilul hipoacuzic se constată o discordanţă între apariţia vorbirii şi dezvoltarea vorbirii.

Audimutitatea, în care vorbirea este nulă multă vreme fragmente de exprimare apărînd abia la vîrsta de 5-6 ani, stări nevrotice de inhibiţia vorbirii: mutismul psihogen, mutismul social psihologic (copii din familii de surzi), cu stări psiho-patoide cum ar fi autismul infantil. Autismul infantil se caracterizează prin:

- tendinţa de izolare; refuză contactul cu lumea şi se iritâ la apariţia unui nou venit;
- relaţie specifică cu obiectele; manifestă preferinţă pentru anumite obiecte pe care le atinge sau le miroase;
- jocul ilogic, mecanic sau stereotip: se învîrteşte fără scop, sare cu mingea în mînă, se iritâ cînd cineva încearcă să-l scoată din această stare;
- preocupare obsedantă pentru imobil, schimbările din jur îl supără, toate obiectele trebuie să stea la locul lor;
- mimica inteligentă, contrastînd cu achiziţiile inferioare

Scanned with OKEN Scanner

vîrstei cronologice.

Copilul autist se recunoaşte printr-un comportament care oscilează între indiferenţă şi crize coleroase, prin izolare, manierism, stereotipii, ritualuri, prin pronunţarea unor cuvinte corecte din punct de vedere fono-articulator, dar cu voce lipsită de modulaţie, uneori manifestă o neobişnuită precocitate în folosirea unor noţiuni, deşi limbajul lui are funcţie de comunicare.

Evoluţia tulburărilor de limbaj diferă de forma clinică şi de etiologie. Stabilirea corectă a diagnosticului de întîrziere în apariţia şi dezvoltarea limbajului este dificilă, practica şi experienţa avînd rolul hotărîtor.

Terapia logopedică este complexă şi specifică fiecărui caz în parte. Acţiunea psiho-terapeutică precede oricare procedeu şi se exercită pe toată durata terapiei. Componentele cele mai importante ale acesteia sînt:

- stabilizarea sau restabilizarea echilibrului neuropsihic sau afectiv;
- deconflictualizarea;
- intensificarea tonusului şi diversificarea relaţiilor afective;
- dezvoltarea motivaţiei pentru comunicarea verbală în joc, în relaţii interfamiliale, în relaţii cu persoane necunoscute;
- dezvoltarea interesului şi bucuriei cunoaşterii prin utilizarea jucăriilor de mare interes, adaptate vîrstei, plimbări în locuri variate, captivante, filme de scurt metraj;
- desenul liber, modelajul în plastilină, coloratul;
- muzicoterapia şi ritmoterapia.

O importanţă deosebită în terapia logopedică o prezintă modelul stimulării lingvistice. Modelul lingvistic al părinţilor este cel mai puternic în procesul de organizare al limbajului copilului. Aspectele importante ale acestui model sînt:

- permanenţa comunicării verbale dintre părinţi şi copil în timpul jocului, plimbărilor etc.;
- încărcătura afectivă a vorbirii părinţilor;
- tonalitatea moderată şi muzicală a vorbirii;
- claritatea şi corectitudinea vorbirii;
- dialogul fără răspunsul copilului pe care-l formează părintele;

Scanned with OKEN Scanner

- selecţia şi adaptarea cuvintelor la nivelul de înţelegere al copilului.

Se impune înlăturarea metodelor cu efecte negative, care sînt constituite din:

- bunici, avînd o stare de oboseală sau irascibilitate accentuată;

-persoane care ajută la creşterea copiilor suferind de nevroze, tulburări caracteriale, tulburări de limbaj.

Vor fi admise: persoane adulte afectoase, înţelegătoare, cu disponibilităţi educative, fără tulburări fono-articulatorii, copiii de vîrstă apropiată. Se va evita despărţirea de părinţi în primii ani de viaţă.

Acţiunea de stimulare a dezvoltării limbajului beneficiază de nenumărate tehnici, mijloace, forme de activitate care cuprind sub o formă organizată mai tpate aspectele procesului de comunicare interpersonală la care participă copilul. Cu cît mijloacele de stimulare vor fi mai bine integrate comunicării şi relaţiilor curente, cu atît eficienţa lor va fi mai mare şi gradul de nocivitate mai redus.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE ALE EVOLUTIEI LIMBAJULUI LA COPILUL PRESCOLAR OCROTIT

LAURA IOAN
Casa de copii pregcolari Iagi

Angajarea învăţământului în amplul proces de modernizare, proces chemat să răspundă cu maximă eficienţă cerinţelor societăţii impune cadrelor didactice sarcini complexe, nu numai în planul asigurării condiţiilor materiale necesare dezvoltării armonioase a copiilor fără părinţi , ci şi în ceea ce priveşte educarea acestora, pregătirea lor pentru viaţă. Este vorba de o mai sporită implicare, în acord cu dubla funcţie a instituţiilor de acest tip: a) ca for de ocrotire şi b) de modelare, tinzînd - prin întregul proces instructiv-educativ - spre o înlocuire optimală a familiei.

Supravegherea permanentă, sprijinul, îndrumarea şi stimularea copiilor care nu pot beneficia de căldura căminului familial presupun mai mult decît simpla îndeplinire a unor „obligaţii" didactice: ceea ce se cere este asumarea unei munci dificile şi de durată, fără elemente de spectaculozitate, dar de care depinde în mare măsură reuşita în viaţă a celor privaţi de sprijinul şi afecţiunea părinţilor.

Problematica specifică a procesului instructiv-educativ din instituţiile de ocrotire face de multe ori impracticabil „împrumutul" de procedee metodice caracteristice învăţământului general ori special, deoarece cadrului didactic îi revine şi rolul de părinte, de vreme ce instituţia în care activează nu-i doar cămin-şcoală sau internat, ci, deopotrivă, şi casă-spaţiu în care copilul în primul rînd trăieşte şi creşte, iar apoi învaţă şi se instruieşte. Diferenţele care apar în interacţiunile adult-copil în familie, respectiv şi instituţiile de ocrotire se exprimă în "profilul de personalitate" distinct la subiecţii internaţi în casa de copii. El se traduce în aşa-numitul „retard de instituţionalizare". Datorită instituţionalizării timpurii a majorităţii copiilor ocrotiţi, survin insuficienţe în dezvoltarea fizică şi psihică, iar ele antrenează dificultăţi în munca de educare desfăşurată în etapa preşcolarizării. La vîrsta de 3 ani, copii proveniţi din leagăn prezintă o sensibilă "încetinire" a evolu-

ţiei, o „retardare" intelectuală generală, ceea ce se explică nu prin lipsa condiţiilor materiale, ci ca urmare a privării lor de afecţiunea maternă. Absenţa contactului intensiv cu mama marchează cele mai diferenţiate funcţii de învăţare, ca şi vorbirea, comportarea socială, dezvoltarea statural-motrică.

Incapacitatea copiilor proveniţi din leagăn de a face faţă solicitărilor programei pentru preşcolari se datorează în primul rînd slabei dezvoltări a motricităţii, volumului extrem de redus al vocabularului (nedepăşind, cel mai adesea, nivelul limbajului rudimentar), tulburărilor de comportament.

Observaţii efectuate în timp asupra loturilor de copii timpuriu instituţionalizaţi ne-au dezvăluit o redusă capacitate de înţelegere a mesajelor verbale, precaritatea abilităţii verbale, întîrzieri în dezvoltarea vorbirii, insuficienţe în apropierea vocabularului, toate acestea apărînd pe fondul unei apatii accentuate, al lipsei de interes pentru activitate şi pentru contactele sociale, al suspiciunii faţă de adulţi, al timidităţii, al emotivităţii etc.

Insuficienţa contactelor verbale adult-copil şi calitatea lor necorespunzătoare generează „imaturizarea lingvistică", pe care o constatăm la majoritatea celor internaţi. Copiii instituţionalizaţi de 3-6 ani se caracterizează: prin tendinţa persistentă de evitare a comunicărilor verbale; prin utilizarea preponderentă a unor formule de comunicare primitive (propoziţii eliptice, vocabular restrîns, termeni vizînd necesităţi imediate, predilecţie pentru forme onomatopeice); prin apel frecvent la forme neverbale de comunicare (semne, gesturi, mimică); prin utilizarea (ca urmare a imitaţiei lingvistice) a formelor eronate din punct de vedere gramatical, recepţionate ca atare în grupul educaţional; prin necunoaşterea unor noţiuni elementare, ceea ce are drept efect capacitatea limitată de înţelegere a mesajelor verbale formulate de adult şi chiar de receptare corectă a comunicărilor verbale, datorită insuficientei exersări a auzului fonematic.

Decalajele semnalate la intrarea copiilor în etapa învăţămîntului preşcolar explică defectele ulterioare de pronunţie, tulburările de vorbire în forme variabile, dar cu o etiologie complexă şi cu urmări grave - "întîrzieri" în dezvoltare şi handicap şcolar - dacă nu se asigură un program de recuperare

Scanned with OKEN Scanner

încă din primul an al preşcolarităţii. In acest scop se impune: stabilirea unor relaţii afective cu copiii internaţi; crearea unei ambianţe stimulatoare, de natură să permită acumulări permanente de informaţii prin intermediul jocului; o continuă „provocare" verbală şi cognitivă, pentru diminuarea efectelor instituţionalizării.

Intrucît discursivitatea descriptivă şi fragmentar-logică a gîndirii preşcolarului este susţinută de gîndirea acţional-intuitivă, considerăm că în acţiunea de stimulare verbală un rol important îl are contactul acţional-intuitiv. Aceasta cu atît mai mult cu cît gîndirea nu presupune doar cuvinte-etichete, ci exprimarea relaţiilor între diverse denumiri. Flexibilitatea limbajului depinde de însuşirea şi perfecţionarea acţiunilor, de contactul cît mai variat cu realul, în forme cît mai captivante, cît mai antrenante.

In facilitarea comunicării cu preşcolarul şi în stimularea capacităţii sale de verbalizare avem în atenţie relaţia între dezvoltarea cognitivă şi cea afectivă. Cînd preşcolarul nu este în măsură să răspundă exigenţelor ce i se adresează, sau pe care şi le adresează, în chip firesc se declanşează criza de personalitate. Intră în funcţiune mecanismele defensive, iar copilul recurge de multe ori la atitudini negativiste, Dacă răspundem echilibrat acestor manifestări, vom menţine ataşamentul celor pe care îi educăm şi le vom inspira sentimentul de respect. La vîrsta la care intrăm cu ei în contact, în intimitatea copiilor se nasc noi necesităţi şi noi nevoi interioare. Modelele dobîndesc însemnătate vitală, prin aşezarea unui strat de motive morale, de trebuinţe estetice şi interese cognitive. Incît, efortul susţinut de înlăturare a handicapului afectiv este prima condiţie de care depinde reuşita muncii noastre de instruire şi educare a copilului ocrotit. De apropierea afectivă şi de ataşamentul pe care îl inspirăm copiilor asistaţi ţine, în hotărîtoare măsură, performanţa şcolară şi integrarea socială, urmărite în etapele ulterioare ale instituţionalizării.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Drăgoi C.: Aspecte ale muncii logopedice în casele de copii preşcolari, în: Educaţia copilului preşcolar,

Scanned with OKEN Scanner

Rev.de pedagogie, Bucureşti, 1978, 3.

2. Drăgoi C.: Optimizarea procesului instructiv-educativ în casele de copii, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1981.

3. Machedon C.: Probleme legate de aplicarea programei activităţilor instructiv-educative în grădiniţa din cadrul casei de copii, în: Progresul şcolar, Edit.Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1975.

4. Popescu Neveanu P., Andreescu Florica, Bejat M.: Studii psiho-pedagogice privind dezvoltarea copiilor între 3 şi 7 ani, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

CONTRIBUTII LA STUDIEREA APARITIEI CAPACITATILOR UMANE DE FOND LA COPILUL CU GREUTATE MICA LA NASTERE OCROTIT INTR-O COLECTIVITATE INCHISA TIP LEAGAN

VIRGINIA SCRIPCARU, STELLA APOSTOL
Institutul de medicină şi farmacie Iaşi

Copilul cu greutate mică la naştere reprezintă o problemă importantă în cadrul morbidităţii şi mortalităţii infantile. Gradul de maturizare a organismului nou-născutului influenţează, aşa cum demonstrează numeroase cercetări, dezvoltarea neuropsihomotorie a copilului în primul an de viaţă. In acelaşi timp, în literatura de specialitate se discută şi despre performanţele intelectuale pe care le pot atinge mai tîrziu copiii cu greutate mică la naştere.

Creerul la prematur prezintă circumvoluţiile şi şanţurile abia schiţate. Distincţia între substanţa cenuşie şi albă este abia posibilă, vascularizaţia slabă în cortex şi subcortex este mai abundentă periventricular şi în nucleii gri. Dezvoltarea celulelor cerebrale este slabă, migrarea ler imperceptibilă. Procesul de mielinizare aproape inexistent, doar măduva şi bulbul prezintă un început de mielinizare.

Deşi copilul se naşte cu un creier imatur, el posedă potenţialităţi superioare de dezvoltare.

Starea umană nu-i este garantată de simplele sale calităţi biologice: copilul umanizat. Personalitatea umană nu este născută (is not born) ci ea trebuie construită (must be made) prin procesul socializării). Activitatea fiziologică a creierului are particularităţile ei în diverse perioade de vîrstă care pe planul dezvoltării neuropsihomotorii se traduce prin etape bine conturate şi diferite între ele, care oglindesc relaţiile dintre aceasta şi mediul înconjurător). Perioada micii copilării (de la naştere pînă la vîrsta de 3 ani) este marcată de un intens proces de transformări evolutive atît în plan fizio-biologic, cît şi în plan psihic - comportamental-. Influenţele educative exercitate asupra copilului constituie principala sursă a dezvoltării neuropsihomotorii.

In primul an de viaţă stimularea educativă are ca scop spaniţia capacităţilor umane de fond: prehensiunea manuală, mersul independent, conduitele intenţionale şi de explorare, verbirea şi afectivitatea - După vîrsta de 1 an se urmăreşte perfecţionarea

acestor capacităţi şi folosirea lor în scopul dezvoltării armonioase a personalităţii copilului.

Mişcările mîinii au o mare influenţă asupra dezvoltării psihice prin relaţia acestora cu activităţile de cunoaştere, cu aspectele afective şi de socializare. Mîna devine "instrument", mijloc, cu ajutorul căruia copilul îşi apropie lumea prin diferitele ei obiecte.

Mersul independent reprezintă un moment de mare semnificaţie în evoluţia copilului. Mersul este un aspect cu implicaţie majoră pentru umanizarea copilului, pentru apropierea de ceea ce vede că sînt cu adevărat lucrurile şi oamenii în plan vertical şi pentru lărgirea şi adîncirea cîmpului de percepţie.

Inteligenţa senzorio-motorie a copilului, precedată de o diferenţiere şi perfecţionare senzorială şi perceptivă, debutează în jurul vîrstei de 8 luni. Ea se concretizează prin apariţia unor conduite de explorare şi acţiune a copilului în propriul său spaţiu şi constituie o primă etapă a gîndirii simbolice care apare în jurul vîrstei de 18 luni.

Dezvoltarea limbajului are o evoluţie lentă în raport cu celelalte capacităţi umane. Primele cuvinte cu semnificaţie apar în jurul vîrstei de 12 luni-14 luni. Ele sînt legate de diverse funcţii somatice şi vegetative punînd în evidenţă caracterul pragmatic al comunicării verbale. Progresul în vorbire este acum mărcat şi de prezenţa "limbajului pasiv" (cuvinte nerostite dar cunoscute).

Dezvoltarea afectivităţii se leagă de cîteva aspecte principale: diferenţierea reacţiilor afective, imitaţia şi comunicarea afectivă, activitatea de joc cu adultul, manifestări de independenţă.

Dobîndirea capacităţilor umane de fond îi oferă copilului premizele unei desprinderi de lume din afară, o primă diferenţiere a propriului "eu" faţă de celelalte persoane şi lucruri şi o mai intensă trăire a relaţiilor cu acestea.

Material şi metodă

Au fost studiate două loturi cuprinzînd fiecare cîte 166 copii ocrotiţi în Clinica de puericultură a Leagănului de copii din Iaşi - internaţi din anul 1982,1983,1984: lotul A - copii cu greutate mică la naştere (sub 2500 g.) indiferent de vîrsta gestaţională şi lotul B - copii cu greutate normală la naştere (peste 2500 g). Vîrsta la internare a acestor copii a fost mică

le 2 luni, iar institutionalizarea a durat pînă în jurul vîrstei de 3 ani. Nu am luat în studiu copii care au prezentat anomalii genetice şi leziuni neurologice aparente.

Nivelul dezvoltării neuropsihomotorii a fost urmărit după un test de dezvoltare tip Gessell folosit în mod curent pentru vîrsta de 1 lună-3 ani. Testul se referă la patru domenii comportamentale motor, cognitiv, verbal şi social-afectiv. Prin raportarea comportamentului copilului examinat la normele de vîrstă, am făcut o apreciere a nivelului său de maturizare şi organizare a sistemului neuromotor şi psiho-cognitiv, diagnosticul avînd un caracter descriptiv-interpretativ. Copiii au fost examinaţi lunar la vîrsta de 1 an şi trimestrial între 1 an şi 3 ani. Rezultatele au fost interpretate ţinîndu-se seama de personalitatea copilului şi de experienţa pe care mediul i-a favorizat-o.

Am urmărit apariţia parametrilor luaţi în studiu la fiecare copil în parte. Am calculat diferenţa între normalul admis şi momentul concret al dobîndirii fiecărui parametru. Media diferenţelor exprimată în luni a fost indicatorul statistic prin care am relevat rezultatele studiului.

Rezultate:

Prehensiunea manuală este dobîndită de copiii din lotul A cu o întîrziere medie de 1 lună - 2 luni faţă de copiii din lotul B. Diferenţa medie faţă de normalul admis pentru ambele loturi este de 2 luni- 3 luni în minus.

Mersul independent este dobîndit de copiii din lotul A cu o întîrziere de 2 luni-3 luni faţă de copiii din lotul B. Diferenţa medie faţă de normalul admis, pentru ambele loturi este de 7 luni-8 luni în minus.

Limbajul activ este dobîndit de copiii din lotul A cu o întîrziere de 4 luni-5 luni faţă de copiii din lotul B. Diferenţa medie faţă de normalul admis, pentru ambele loturi este de 6 luni-7 luni în minus.

Inteligenţa practică (conduite intenţionale de acţiune şi explorare) îşi are debutul la copiii din lotul A cu o întîrziere de 2 luni-3 luni faţă de lotul B. Diferenţa medie faţă de normal pentru ambele loturi este de 6 luni-7 luni.

Afectivitatea - ultimul parametru luat în studiu este cel dintîi în ordinea importanţei, deoarece fondul afectiv reprezintă suportul întregii dezvoltări a copilului.

Scanned with OKEN Scanner

In această perioadă de vîrstă, afectivitatea este centrată asupra mamei, din raţiuni de satisfacţie şi protecţie, pe care le oferă copilului.

Leagănul de copii reprezintă un mediu artificial, incomplet adaptat necesităţilor creşterii şi dezvoltării normale a copilului. Lipsa protecţiei materne reprezintă un stress capabil să induce tranzitoriu sau definitiv o inhibiţie generală atît în dezvoltarea neuropsihomotorie cît şi în cea staturoponderală a copilului.

Toate aceste compertamente specific umane la care ne-am referit nu pot fi separate practic între ele. In dezvoltarea neuropsihomotorie a copilului se constată acel fenomen numit "de convergenţă" cînd în cunoaştere intervin şi progresele mişcării, debutul verbirii şi afectivitatea.

In general, mersul independent odată dobîndit restructurează şi accelerează întreaga dezvoltare compertamentală a copilului: oferă acestuia posibilităţi de a-şi coordona mişcările, de a se orienta şi cuceri spaţiul, de a-şi construi universul său practic în care caută obiecte, încearcă noi experienţe de deplasare şi cunoaştere, are şanse mai mari de a realiza contacte afective şi sociale cu persoanele din mediul său de viaţă.

Comentarii:

Dezvoltarea neuropsihomotorie a copiilor din lotul A este în primele 3 luni de viaţă întîrziată faţă de lotul B. Această întîrziere poate fi pusă pe seama acţiunii factorilor prenatali. In trimestrul II şi III de viaţă se înregistrează o reducere a decalajului între lotul A şi B - dar se constată o accentuare a întîrzierii ambelor loturi faţă de normal. Influenţa condiţiilor de mediu este hotărîtoare în această perioadă pentru nivelul dezvoltării somatice şi psihice. In trimestrul IV de viaţă şi după vîrsta de 1 an se înregistrează în continuare o reducere a decalajului dintre cele două loturi şi o accentuare a retardului copiilor din ambele loturi faţă de normal. Handicapul din perioada de sugar se accentuează pe măsura înaintării în vîrstă dacă nu a fost recuperat.

La copiii din lotul A se înregistrează un număr mai mare de episoade patologice intercurente care le încetineşte dezvoltarea şi contribuie la menţinerea retardului iniţial. Tulburările cronice de nutriţie influenţează negativ dezvoltarea neuropsihomotorie cu atît mai mult cu cît malnutriţia este precoce. S-a constatat că pînă la vîrsta greutăţii (un copil de 1 an 6 luni cu greutatea de 9?oo g.

Scanned with OKEN Scanner

are vîrsta greutăţii de 11 luni şi aceeaşi vîrstă psihomoterie - tot 11 luni).

Faţă de aceste rezultate, unele măsuri se impun:

- asistenţa şi îngrijirea preferenţială a copiilor cu greutate mică la naştere, pentru a se anihila handicapul iniţial;
- recuperarea precoce a malnutriţiei;
- stimularea şi recuperarea timpurie pentru a se evita instalarea unor deficite importante şi greu de recuperat pe măsura înaintării în vîrstă;
- modificarea normativului în sensul reducerii numărului de copii ce revin unei persoane de îngrijire.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Brazelton, Berry. Copii şi mame. Diferenţe în dezvoltare. Edit. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1974.
2. Chiriac, Irina şi Chitu, Angela. Cartea sănătăţii psihice a copilului. Edit. Medicală Bucureşti, 1983.
3. Chiriac, Irina şi colab. Aspecte ale dezvoltării neuropsihice a copiilor în vîrstă de 1 luni-12 luni, în raport cu greutatea la naştere., în : Pediatria 1975, nr. 3/1975.
4. Creţu, Serban. Copilul sănătos şi bolnav. vol. I., Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1976.
5. Graham G. Disorder of nutritional homeostasis., în Abraham, M, Rudolph, A.C.C., New-York, 1977.
6. Osterrieth. P. Cuplul şi familia. E.D.P., Buc. 1973.
7. Parsons T. şi Bales, R.F.: Family ,socialisation and Instruction Process., London, Rontleage Kegan Paul, 1956.
8. Popescu V. Ariton C., Malnutriţia sugarului şi copilului mic. Ed. Med. Buc. 1982.

Scanned with OKEN Scanner

SOCIALIZAREA ÎNTRE NECESITATE ŞI LIBERTATE

ELENA MORCOV
Centrul Logopedic interşcolar Iaşi

Socialul, este domeniul obiectiv-subiectivului care determină prin cauzalitate statistică devenirea noastră subiectivă, chiar eul nostru.

Deşi prezentă şi în raport cu natura intercorelaţia obiectiv-subiectiv atinge un grad maxim de probabilitate la nivelul socialului. Această probabilitate care ne poate apărea inexplicabilă, are însă o forţă extraordinară, în mare parte datorită obiectivităţii dar şi datorită dificultăţii de a prevedea şi explica fenomenele socialului. De aceea pentru omul de rînd, nespecialist dar nu numai pentru acesta, socialul se poate desprinde din lanţul cauzalităţii apărînd ca o forţă exterioară, străină, uneori ostilă "nouă".

"Actele noastre se exprimă în legile care ne guvernează dar aceste legi sînt deasupra noastră şi noi sîntem sclavii lor"(Erik Fromm, Texte alese,pag.14e). Această observaţie este specifică pentru societatea capitalistă.

Socialul moşteneşte, dar mai ales creează şi recreează mereu noi roluri sociale, modele comportamentale în funcţie de epocă, timp, spaţiu, cultură. Aşa cum în natură nimic nu se pierde nici în societate pe scena sa diacronică nu se pierde nici o idee de valoare. Dacă aceasta nu a găsit condiţii favorabile de manifestare ea trăieşte latent şi se transmite generaţiilor viitoare,timpului viitor care poate oferi condiţii prielnice vieţii.Există o circulaţie clandestină a ideilor, modelelor de viaţă - zestre pe care epocile anterioare o transmit însoţită de zestrea materială mai terisabilă, noilor generaţii. Cînd aceste modele comportamentale (roluri) ajung la maturitate, ele îşi instalează dominaţia cu o forţă de lege, legile socialului. Dar socialul nu este un domediu inert ci are şi cel mai mare grad de dinamicitate şi creează şi recreează noi modele,noi matrici comportamentale: modelul de familie (rolul de mamă, tată, copil, mai mult sau mai puţin invariabil de la un individ la altul); modelul de şcoală (rolul de profesor şi elev); modelul profesional (rolul de muncitor,inginer, medic,actor); modelul relaţiilor sociale (rolul de "cuceritor", rolul de "confesor permanent", rolul de "descurcăreţ", rolul de "martir", rolul de "veşnic inocent", rolul de "optimist,harnicul,

informatul, cinicul, revoluţionarul).

Acestea sînt modele instituite recunoscute, dar şi inconştientul îşi cere dreptul la social: ţipătul nou-născutului, dûrerile de dinţi, mersul,gesturile, privirile către şi de la ceilalţi, chiar şi tăcerea. Ancestralul ne urmăreşte cu miturile şi fantasmele sale, se insinuează în imaginarul nostru şi caută calea de eliberare spre lume. Intre presiunea din exterior şi din interior individul este necesar determinat să-şi găsească calea proprie.

Aceste modele apar în faţa copilului cu ochii mari deschişi către lume, străine dar care i se impun, pe care trebuie să le înveţe. Pînă cînd ajunge să se recunoască în ele, acestea ascund adevărul, sînt nişte modele pe care nici măcar nu poate să le respingă, pentru că încă nu are dreptul la alegere. Acest drept va fi cucerit odată cu cunoaşterea şi înţelegerea.Modelele sînt urîte şi iubite în acelaşi timp, afectivitatea variind de la minus la plus, odată cu evoluţia de la necunoscut la cunoscut.Ele ne înspăimîntă, ne îndepărtează de social, la început pentru că nimic nu poate fi mai înfricojător decît necunoaşterea.Această necunoaştere însoţită de ecoul fricii a creat monştri, zeii, minunile.

Incercăm diferite căi colaterale dar toate duc ca într-un labirint în acelaşi loc.

Cum putem disocia ce este al nostru de ceea ce nu e?

La început disocierea între ego şi alterego este aproape imposibilă deoarece nici una din sfere nu este bine conturată.La acest nivel de cunoaştere imprecisă acceptarea modelelor automat poate conduce la disonanţe cu eul nostru care chiar încă necunoscut este puternic. Dar de cele mai multe ori, acceptarea necritică duce la mediocritate.Insă nici acceptarea tardivă, după conturarea eului, prin acumularea unor experienţe negative, ca urmare a confruntării cu socialul nu este mai eficientă deoarece poate conduce la absolutism, izolaţionism, negativism, respingerea socialului. Si socialul se răzbună! Orice lege încălcată pedepseşte pe cel care a cutezat nerespectarea ei. In această constă puterea obiectivităţii legii.Cum se răzbună? Cu aceeaşi monedă, respingîndu-l pe individ.Apare marginalitatea. In cazul limită îl suprimă spiritual sau chiar existenţial (alienare sau sinucidere). Comportamentul optim este cel de interiorizare treptată a lumii şi exteriorizare a eului în modele proprii, originale,de comportament.Comunicarea între eu şi lume se face prin acest joc de modele comportamentale.

Scanned with OKEN Scanner

Drama comunicării este perpetuă, iar sursele regenerării ei sînt altele şi altele, mereu aceleaşi şi totuşi noi. Şi chiar dacă ne însuşim cuminte aceste modele, învăţăm cu corectitudine rolurile, identitatea totală cu ele este imposibilă. Totdeauna va rămîne un "terra" incognita" pe care socialul nu l-a contaminat încă şi din care se va naşte un nou model de viaţă original.Ineditul, numai el profund subiectiv poate avea forţa de a se impune printre celelalte modele şi de a deveni social.

Nu este o contradicţie care ca tocmai cea ce este mai subiectiv să aibă dreptul la obiectivitate? Este, dar această contradicţie dialectică urcă pe spirala mai binelui.

Pentru că în noi, trăiesc părinţii şi bunicii cunoscuţi şi mai ales necunoscuţi ai noştri (ereditatea socială) care se decantează în clepsidra fără fund a timpului, pentru că ideile se nasc din idei cunoscute sau plutitoare peste lume, în noi se produce printr-un proces de ardere lentă sau rapidă noul, originalul.Tocmai aici în această zonă creată ca urmare a celei mai puternice interferenţe între social şi eu este un adevărat nucleu generator de energii sociale, modele de comportament. Reuşind să creem noi înşine modele trebuie în acelaşi timp să păstrăm o anumită distanţă, să ne detaşăm de rol, să ne dedublăm.Pentru că altfel există pericolul stagnării, al nemişcării, al narcisizării.

Identificîndu-ne cu rolul, zona pozitivă a afectivităţii va sustrage modelul din imperiul raţiunii şi îl va proiecta în afara noastră pe orbita perfecţionismului.Este procesul creaţiei zeilor, idolilor.Şi astfel putem ajunge să ne închinăm la propriile noastre modele. De aceea trebuie să păstrăm spaţiul de joc între eu şi model care să ne permită perfecţionarea modelului. Această dedublare între eu şi model creează aparenţa de falsitate de comportament neautentic. Comportamentul sincerităţii pe plan social constituie una dintre cele mai perverse legi ale socialului.Exprimarea opiniei proprii depinde mai mult ca oriunde de aşteptarea interlocuterului, astfel depinde mai mult ca oriunde de aşteptarea interlocuterului, astfel eficienţa comunicării este minimă.Acest domeniu al relaţiilor de aparenţă specială (secterul amabilităţilor) are un rol pozitiv deoarece creează zgomotul de fond necesar comunicării: exemplu, "ce mai faceţi"? Mulţumesc,bine; "Vai ce bine arătaţi!"; "Este prietenul meu cel mai bun, trebuia să-l ajut"!

Deoarece în domeniul socialului adevărul s-ar putea defini

ca raportul între imaginea despre realitate (subiectivă) şi realitatea obiectiv-subiectivă, rezultatul este un produs subiectiv-obiectiv-subiectiv.Adevărul social este marcat de pecetea subiectivităţii gravată cu normele grupului social, al societăţii. In această lume a socialului nu atît raţiunea cît intuiţia, nu atît cuvîntul, cît gestul, nu atît faptele cît simbolurile lor au importanţă. Tocmai această fluiditate a ei o face greu accesibilă,lunecoasă.

Apare firesc întrebarea ce face neiniţiatul în acest adevărat hăţiş al simbolisticii, cum se orientează? Există un simţ al socialului. Al cîtelea simţ?

Simţul social este mai puternic sau mai slab în funcţie de cîte generaţii de "sociabili" ai înaintea ta şi se manifestă în funcţie de condiţiile pe care timpul, spaţiul, cultura, ţi le pun la dispoziţie.

Un fenomen puternic implicat în iniţierea în tainele socialului este imitaţia. Pînă la învăţarea conştientă,imitaţia joacă un rol esenţial.Imitaţia ca şi la copil este un instrument bazat pe dominaţia afectivă. Se imită modelul părintelui preferat, al profesorului preferat, al prietenului, al actorului admirat pînă cînd se formează modele proprii. Comunicarea pe verticală este mai dificilă decît cea pe orizontală de la acelaşi nivel, dar este mai eficientă, deşi poate crea conflicte. Conflictele între vîrste, între meserii, între sexe, creează deseori cercuri din ce în ce mai strînse ale comunicării în care individul este determinat să trăiască. Dominaţia maturităţii provoacă revolte tinereţii, dominaţia masculinităţii, revolta feminităţii şi creează noi obstacole în calea comunicării.

Legea compensaţiei este una dintre cele mai puternice legi psihologice care se manifestă şi în lumea socialului. Nerealizarea pe plan afectiv a individului de exemplu poate conduce la transferarea energiei de pe acest plan pe plan social şi la obiectivarea ei la acest nivel.

Una din metodele cele mai eficiente de socializare de asimilare a modelelor este conştientizarea, sustragerea din domeniul subconştientului, a gesturilor comune, a opticilor banale a cuvintelor alienate, a tuturor steriotipelor care ne înlănţuiesc în strîmtorarea lor. Astfel, gesturile care mă strîngeau, cuvintele care mă otrăveau, privirile care mă orbeau pentru că nu erau ale mele ci ale tale, ale lui , ale lor, ale nimănui, devin prin

conştientizare, apropiindu-se sau îndepărtîndu-se de noi puncte de reper pentru definirea eului nostru.

Autocunoaşterea rămîne însă pragul cel mai înalt al confruntării cu modelele pînă cînd vom ajunge la acel nivel al libertăţii subiectiv-obiective care să ne permită jocul cu ele, transferînd cît mai mult din eul nostru autentic acestor forme constrîngătoare, matriciale. S-ar putea vorbi despre o luptă pentru existenţă între noi şi modele, între subiectivul - obiectiv şi obiectivul-subiectiv, pînă cînd subiectivul va aduce tot mai mult din obiectiv în afara sa de dominaţie.

Subiectivul, omul trebuie să rămînă mereu scopul, iar obiectivul, natura, societatea, mijlocul pentru progresul omului.

Manevrarea intereselor pozitive, modelate de trebuinţe, dorinţe, aspiraţii se impune ca o veche şi mereu actuală pîrghie de acţiune a eului nostru asupra socialului dar şi a socialului asupra noastră.

Interferenţa social-eu este la nivelul interesului foarte activă şi dinamizată atît personalitatea cît şi societatea în acelaşi timp. Realizarea la acest nivel cel mai intim al eului, este cea mai fericită împăcare cu modelele socialului, libertatea individuală care şi-a găsit locul în matricea istoriei.

"Omul bogat este totodată omul care are nevoie de o totalitate de manifestări de viaţă umană, omul la care propria sa realizare se manifestă ca necesitate lăuntrică, ca nevoia. De aceea sărăcia este legătura pasivă care îl face pe om să resimtă nevoia de cea mai mare bogăţie şi anume nevoia de alt om"(K.Marx şi Fr.Engels - Scrieri din tinereţe. Edit.politică Buc.,1968, pag.583.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Fromm Erich - "Texte Alese", Edit.politică Bucureşti 1983.
2. Chombart de Lauwe Paul-Henry:-"Cultura şi puterea" Edit.politică,Bucureşti;1982.
3.Leonhard Karl : - "Personalităţi accentuate" Edit.ştiinţ. şi encicloped. Bucureşti,1979.
4.Nietzsche Frederic:-"Volanté de puisannce", Paris,1946.
5.Ey Henry :-"Conştiinţa" - Edit.şt.şi encicloped.Bucureşti,1983.
6.Jaspers Karl :-"Texte filozofice".Edit.politică,1986.

Scanned with OKEN Scanner

AUTISMUL INFANTIL. DIAGNOSTICUL LOGOPEDIC DIFERENTIAL IN AUTISM SI SURDITATE

EUGENIA BURCA

Laboratorul de sănătate mintală Botoşani

„Umblă ca în ceaţă, trăieşte într-o lume doar a lui unde nu poate fi ajuns".

Astfel îşi descrie o mamă fiul autist.

In anul 1943 dr.Leo Kanner este primul care denumeşte sindromul autist ca fiind unic şi-i atribuie cîteva caracteristici comportamentale manifestate printr-o profundă retragere de contactul cu alţi oameni, o dorinţă obsesivă de conservare a rutinelor, o îndemânare şi o relaţie afectuoasă cu obiectele. Copilul autist are aparenţa unei fizionomii inteligente şi un bun potenţial cognitiv manifestat în cazul cînd acesta vorbeşte.

Autistul îşi petrece perioada de veghe angajîndu-se în comportamente bizare şi autodistructive.

El poate sta ore întregi într-un loc, se trage de păr, face grimase stranii, se loveşte, se muşcă părînd că nu simte dureri, chiar în prezenţa părinţilor copilul se simte singur, nici măcar nu-i priveşte.

Aproape jumătate din copiii autişti sînt muţi(Rimland 1964), cei care vorbesc nu folosesc limbajul pentru comunicare. Rareori se îmbracă singuri, nu ştiu cum să se joace, nu cooperează, aleargă fără scop prin casă, distrug mobila şi pereţii, ţipă, sar.

Prognosticul este sărac, pesimist, mai ales la cei la care nu apare vorbirea pînă la 5 ani.

O parte, foarte puţini, ajung să lucreze, restul rămînînd în instituţii de cronici. Chiar dacă sînt instruiţi achiziţiile se pierd repede.

Autismul este o categorie de incapacităţi.

Poate apărea singur sau asociat cu alte tulburări cerebrale.

Majoritatea copiilor autişti prezintă întîrziere mintală.

Testele de inteligenţă relevă că dintre copiii autişti 6o% au valoarea Q.I. sub 5o, 2o% între 5o şi 7o şi numai 2o% peste 7o (N.S.A.C.).

In legătură cu „originea" şi „natura" sa autismul infantil

(ca şi alte tulburări psihice) a constituit un prilej de confruntare între "psihogeniştii" şi "organiciştii" determinîndu-se două teorii:

- teoria originii psihogene şi cea a originii organice. De altfel cele două modalităţi de determinare au puncte comune, se intercondiţionează şi pot fi integrate într-o formă etiopatogenică unitară.

In anul 1945 Leo Kanner a sugerat ipoteza etiopatogenică, cea de "reacţie afectivă" la un climat familial şi educativ traumatizant şi psihotizant pentru copil, datorită unor anumite trăsături de personalitate la părinţi, punînd astfel bazele teoriei privind „originea psihogenă" a autismului infantil.

Lauretta Bender precizează natura organică a autismului infantil, afirmînd că ar fi vorba despre o disfuncţie organică asemănătoare unei encefalopatii infantile difuze, o encefalopatie de natură dismaturativă, astfel încît creierul sugarului ar păstra în continuare caracterul unui creier fetal, cu oprire în etapa embrionară posedînd o plasticitate primitivă ce ar împiedica maturizarea funcţională a ariilor cu funcţii integratoare.

Ultimul deceniu este dominat de concepţia biologic-constituţională şi organic cerebrală. Se invocă de asemenea factori predispozanţi de natură ereditar-genetică sau acţionînd precoce în perioada de sarcină şi factori declangatori, intervenind în perioada naşterii sau în primii 2 ani de viaţă (Lorna Wing, Rutter).

Procentajul cazurilor de autism infantil care par a avea o oarecare deschidere spre lumea comunicării este foarte modest şi însumează elemente de pseudo-limbaj sau limbaj limitat.

Acest mănunchi de fapte trebuie pus în opoziţie comparativă cu unele moduri de psihopatologie sau deficienţă mintală spre a servi drept criteriu de diagnostic.

Surditatea şi surdi-mutismul pot alinia în replică paralelă o serie de atitudini aparent negativiste, dar în fond elaborate înlăuntrul structurii simplificate a psihismului handicapat prin surditate. Diagnosticul longitudinal şi contribuţia informativă a mediului imediat înconjurător vor institui la surzi, tensiunea de comunicare, transcorderea gestuală, atenţia vigilentă în opoziţie cu indiferentismul şi neutralitatea lingvistică a autismului care se plasează "extra-auditiv" faţă de lume.

Scanned with OKEN Scanner

Eventualele cazuri de mutism prin surditate sînt totdeauna însoţite de fenomene paralingvistice.

Lorna Wing consideră că multe din problemele comportamentale şi emoţionale ale copiilor autişti derivă din dificultatea lor de înţelegere a limbii înconjurătoare. Reacţia la sunete poate fi neobişnuită, deseori putînd conduce la concluzia că este surd. Un copil autist poate să dea senzaţia că nu percepe sunetul puternic al unei sirene, dar pe de altă parte să fie total fascinat de zgomotul de hîrtie mototolită. Unele sunete îl irită într-atît, încît se ghemuieşte şi îşi astupă urechile.

Majoritatea copiilor autişti în prima copilărie au fost surzi. Datele anamnestice scot în evidenţă comportamentul deosebit al autismului încă din primele luni de viaţă. Contactul cu masa este deficitar încă de la început; nu urmăreşte buzele mici faţa are reacţii paradoxale.

Copilul autist este prea hipoton, liniştit. După primul an de viaţă se observă întîrziere în dezvoltarea vorbirii. Se constată apoi folosirea cîtorva gesturi, automatisme.

In comportamentul copilului surd nu se evidenţiază întîrziere în dezvoltarea psiho-motorie, cu excepţia limbajului, relaţiile cu mama sînt normale. Limbajul pînă la 6 luni se dezvoltă normal.

Are un limbaj mimico-gesticular eficient şi ştie să se joace.

Memoria copilului surd prezintă pînă în jurul vîrstei de 2-3 ani acelaşi nivel cu copiii auzitori de aceeaşi vîrstă. Pe măsură ce cresc, gîndirea rămîne în faza operaţiilor preverbale şi neverbale. Are noţiunea de identitate dar îi lipseşte noţiunea de opoziţie, care se învaţă foarte tîrziu.

Starea afectivă a copilului autist este complet tulburată, se izolează, preferă obiectele, persoanelor, manifestă furie, panică, nu se integrează în grupul de copii.

La copilul surd se observă o imaturitate afectivă datorită hiperprotejării parentale, contactul fizic şi psihic se poate realiza după scurt timp.

Copiii autişti sînt hiperkinetici, postura şi mersul sînt stranii (mers pe vîrfuri, grimase), coordonarea vizual-motorie este deficitară, au un potenţial imitativ scăzut.

Surzii nu prezintă tulburări în sfera motricităţii, capaci-

tatea de imitaţie este bună.

Posibilităţile de comunicare sînt deficitare în cazul copilului autist. El ignoră în mod obişnuit vorbirea, părînd că nu-i cunoaşte sensul.

Pot trece ani pînă ce el va răspunde atunci cînd este chemat pe nume.

Unii nu vorbesc niciodată, alţii repetă ceea ce aud (ecolalie).

Prezintă dificultăţi în ce priveşte pronunţia şi tonul vorbirii. Nu pronunţă integral cuvintele sau le eludează finalurile.

Copiii autişti nu sînt capabili să comunice prin gesturi pentru a arăta ce doresc. Poate fi necesar să fie învăţaţi să arate ceva cu degetul sau să zîmbească.

Deseori învaţă mai multe despre mediul înconjurător prin pipăit şi miros decît prin văz şi auz. Ei preferă uneori jocuri ce produc ceea ce neurologii numesc stimulaţie vestibulară (le place să fie aruncaţi în sus) chiar dacă în mod obişnuit nu suportă să fie atinşi. Alţii par insensibili la frig, căldură sau durere.

Copilul surd poate avea un vocabular din cîteva cuvinte, cele pe care le poate imita; cu un grad de inteligibilitate crescut (labiale formate din a, o, u, t, b). Prezintă un repertoriu larg de gesturi cu semnificaţie. Comunicarea nonverbală este autentică, expresia facială se dezvoltă foarte repede. Deficitul comunicării nonverbale se relevă prin analiza comportamentului ludic.

Autistul manipulează obiectele, nu înţelege funcţia, aruncă jucăriile, le miroase.

Copilul surd defineşte obiectele prin funcţie, manifestă bune capacităţi de simbolizare, obţine un scor corespunzător vîrstei sale cronologice. Este receptiv la programele de învăţare şi obţine rezultate foarte bune.

Se poate spune că în autismul infantil există dificultăţi de receptarea şi prelucrarea stimulilor informaţionali, în elaborarea şi emiterea de decizii motorii, o incapacitate de a realiza un comportament adaptativ organizat.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

RELATIA DINTRE ANOMALIILE DENTO-MAXILARE ŞI PRONUNŢIA DISLALICĂ

T.PASCAL

Centrul logopedic intergcolar Iaşi

Datorită unor păreri contradictorii apărute în literatura de specialitate cu privire la importanţa diferitelor segmente ale aparatului verbomotor în apariţia tulburărilor de pronunţie, consider necesară o prezentare succintă a principalilor factori etiologici ai tulburărilor de pronunţie.

După HVATSEV în etiologia tulburărilor de pronunţie sînt încriminate două mari grupe de factori: factorii etiologiei centrali şi factorii etiologiei periferici.

Tulburările de origine centrală sînt produse de iritabilitatea bolnăvicioasă a creierului sau de excitanţi ai vorbirii ce acţionează anormal asupra acestuia, ori de factori psihici. Cauzele periferice ale tulburărilor de pronunţie se referă la tulburări anatomice ale organelor de vorbire. Din cadrul acestor anomalii fac parte următoarele: anomaliile congenitale ale feţei şi anomaliile dento-maxilare.

In cadrul anomaliilor congenitale ale feţei cele mai importante sînt formele: despicătură anterioară paramediană, despicătură mediană a buzei superioare, despicătură palatină anterioară, despicătură palatină posterioară şi despicătura buzei unilaterală, totală sau alveolară asociată cu despicătura palatină.

O altă categorie de cauze ale tulburărilor de pronunţie sînt tulburări ale auzului şi ale aparatului vocal. In cadrul acestei lucrări vom insista mai pe larg asupra anomaliilor dento-maxilare, care generează unele tulburări de pronunţie.

Anomaliile dento-maxilare se referă la toate modificările morfologice pe care pot să le îmbrace elementele aparatului dento-maxilar. Dezvoltarea normală a aparatului dento-maxilar cît şi diferitele sale tulburări sînt condiţionate de factori: genetici, endogeni şi exogeni.

Anomaliile dento-maxilare trebuie privite în interdependenţă funcţională cu dezvoltarea întregului organism şi în legătură cu factorul de mediu care imprimă un caracter specific pre-

dispoziţiei ereditare. Obiceiurile vicioase pot influenţa nefavorabil dezvoltarea aparatului dento-maxilar (obiceiul de sugere a degetului, obiceiul de interpunere a limbii între arcadele dentare , de sugere a buzei sau a mucoasei obrazului) pot devia arcada dento-alveolară de la creşterea ei normală. Există o strînsă corelaţie între diferitele tulburări de respiraţie şi apariţia unor tulburări în dezvoltarea aparatului dento-maxilar.

Pentru a putea face relaţia între formele anomaliilor dento-maxilare şi diferite forme de dislalie e necesar a arăta interdependenţa care există între anomaliile dento-maxilare şi pronunţia dislalică.

In practica logopedică întîlnim cazuri cînd dislalia poate fi provocată de anumite anomalii ale aparatului osteo-muscular de articulare. Prognatismul superior se caracterizează prin proeminenţa accentuată a dinţilor superiori, astfel încît între arcada superioară şi cea inferioară dentară se formează un spaţiu. Buza superioară este mult ridicată şi nu se poate uni cu buza inferioară decît printr-un efort mărit.

Prognatismul inferior se caracterizează prin proeminenţa arcadei dentare inferioare; astfel încît dinţii superiori sînt acoperiţi de cei inferiori. Uneori se poate dezvolta o falsă progenie datorită deprinderilor vicioase ale copiilor în închiderea gurii. Muşcătura deschisă se caracterizează prin lipsa de articulare a arcadei dentare din segmentul anterior. Buza superioară este de cele mai multe ori nedezvoltată, drept consecinţă a deschiderii interdentare apărute şi a inactivităţii muşchiului articular al buzei. Muşcătura oblică se formează prin deplasarea dinţilor superiori peste cei inferiori pe una din părţile laterale, iar pe cealaltă parte dinţii inferiori acoperă pe cei superiori sau dinţii superiori acoperă pe cei inferiori numai în segmentele laterale, în timp ce în segmentul anterior dinţii inferiori acoperă pe cei superiori.

In aceste cazuri de ocluzii dentare patologice, se creează un spaţiu între dinţi, fapt ce constituie un impediment în fixarea poziţiei corecte a limbii pentru pronunţare şi totodată se permite scurgerea necontrolată a suflului. In ceea ce priveşte prezenţa anomaliilor dentare mai discrete, se consideră că aceştia pot constitui factori favorizanţi pentru apariţia sigmatismelor

bilaterale, fără a le determina apariţia în mod obligatoriu.Calitatea pronunţării sunetelor depinde de constituţia şi perfecta funcţionalitate a organelor care participă direct la articularea sunetelor. Uneori se observă anumite anomalii a organelor de articulare a sunetelor destul de grave, care totuşi nu influenţează asupra calităţii pronunţiei. Explicaţia ar consta în plasticitatea şi posibilitatea de compensare a sistemului nervos central.Această proprietate a sistemului nervos a dat posibilitatea unor copii cu tulburări ale aparatului periferic al vorbirii să-şi formeze o pronunţare corectă, în pofida anumitor anomalii.

Anumite tulburări de pronunţie apar în proporţie mai mare la anumite forme de anomalii dento-maxilare şi acest fapt pentru a putea fi explicat ne face să ne gîndim la modul de formare a sunetului deficitar şi caracteristicile morfofuncţionale ale anomaliilor dento-maxilare. S-a constatat că sigmatismul superior şi inferior apare mai frecvent la copii cu anomalii dento-maxilare. Mai frecvent deficitare sînt sunetele: S-Z, CE-CI, Ţ; la aceşti copii au apărut şi modificări ale palatului, şi în acest caz rezonanţa şi articularea s-au obţinut cu greutate. La unele cazuri cu anomalii dento-maxilare a apărut şi rotacismul. La unele forme de anomalii le corespund o incidenţă crescută a deformării unor sunete, deci există anumite relaţii între anomalii la dento-maxilare şi tulburările de pronunţie însoţitoare.

Diastema este o altă anomalie dento-maxilară caracterizată prin existenţa unui spaţiu între cei doi incisivi centrali superiori. Fonetic se constată o pronunţare siflantă a fonemelor dentare. Cazurile întîlnite mai greu articularea sunetelor; S-Z, ş-j; deoarece aerul în loc să treacă numai prin strîmtoarea creată de limbă pentru formarea sunetelor scăpa prin diasternă. In urma exerciţiilor logopedice efectuate s-au obţinut rezultate bune. Despicăturile labio-velo-palatine, afectînd intens fonaţia, ca funcţie de relaţie şi comunicare, tulbură viaţa de relaţie a copiilor avînd o influenţă dăunătoare asupra dezvoltării psihice şi intelectuale. Tulburarea rhinolalică dezvoltă timiditatea, interiorizarea, govăiala, neîncrederea, izolarea, negativismul, irascibilitatea, sentimentul stării de ignorare.

Alteori această tulburare rhinolalică apare însoţită de aspecte afazice şi în aceste cazuri tabloul se complică, terapia

logopedică este mai complexă şi de lungă durată, iar rezultatele se obţin în timp şi cu anumite limite. La aceştia rezultatele şcolare spre deosebire de cei la care tulburarea de vorbire se datoresc numai defectelor organice, sînt mult mai reduse, de multe ori fiind înscrierea la una din şcolile speciale. Aceste cazuri cu substrat organic profund, care sînt în marea lor majoritate şi structurate psihologic, necesită o influenţă logopedică şi psihoterapeutică individuală şi de lungă durată.

CONCLUZII

1. Tulburările de pronunţie sînt mai frecvente la copii cu anomalii dento-maxilare.
2. Frecvenţa tulburărilor de pronunţie scade pe măsura creşterii în vîrstă la copii cu sau fără anomalii dento-maxilare.
3. Factorii etiologici ai anomaliilor dento-maxilare se pot considera şi ca factori favorizanţi ai apariţiei pronunţiei dislalice.
4. Există o strînsă relaţie între modificările substratului anatomic al aparatului verbo-motor prin anomaliile dento-maxilare şi anumite forme ale dislaliei.
5. Sigmatismul şi rotacismul reprezintă tulburările de pronunţie cel mai frecvent întîlnit în cadrul anomaliilor dento-maxilare.
6. Cercetarea anomaliilor dento-maxilare prin reeducarea fonetică grăbeşte procesul de vindecare şi menţine rezultatul dorit.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Burian Fr.: Problematica malformaţiilor bucale şi a despicăturilor palatine în „PALATOLALIA" Culegere de conferinţe, Praga, 1956.
2. Boboc Gh.: Anomaliile dento-maxilare. Edit.Medicală, Bucureşti, 1971.
3. Hvateev M.E.: Tulburările limbajului, în Logopedia pentru preşcolari, Bucureşti, 1964.
4. Păunescu C.: Dezvoltarea vorbirii copilului şi tulburările ei Edit.didactică şi pedagogică, 1962.
5. Păunescu C.: Tulburările de pronunţie în Studii şi cercetări de Logopedie, Bucureşti, Edit.didactică şi pedagogică, 1966.

RELAȚIA DINTRE TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE ȘI DEFICIENȚELE LIMBAJULUI SCRIS-CITIT

CUCULEANA ZABAVA
Centrul logopedic interșcolar Iași

Așa cum reiese din practica logopedică la majoritatea dislalicilor apar fenomene de transpunere a omisiunilor, deformărilor și substituirilor din vorbirea orală și în vorbirea scrisă. Tulburarea articulației, chiar și a unui singur fonem poate să influențeze negativ perceperea lui auditivă și în felul acesta să determine o tulburare a procesului de scriere. Legătura dintre defectele de articulație și greșelile de scriere la elevii din școala de masă nu este întotdeauna directă. Se întîlnesc defecte de articulație care nu se reflectă în procesul scrierii, în schimb există numeroase greșeli de scriere cărora nu le corespunde o tulburare pe planul articulației.

In citit, fenomenele caracteristice dislaliei se reflectă în mod direct. In astfel de situații logopedul întîmpină dificultățile, în realizarea comunicării și în recepția limbajului. La școlarii din clasele I-IV, unde aceste fenomene sînt mai frecvente, dificultățile din sfera limbajului se reflectă negativ asupra activității școlare în special, și asupra comportamentului său în general.

Tulburările de limbaj se răsfrîng, mai mult sau mai puțin dăunător, din punct de vedere neuro-psihic, asupra dezvoltării personalității, cauzînd frecvent un tablou foarte complex și variat de tulburări neuro-psihice secundare ca: timiditate, nehotărîre, închidere în sine, izolare de colectiv, negativism, excitabilitate mărită, sentiment de inferioritate, etc.

Din cauza tulburărilor de pronunție copiii nu-și pot însuși citirea corectă și cursivă. Vorbirea și citirea incorectă se răsfrîng dăunător și asupra învățării scrierii corecte. In primele clase ale școlii elementare, din cauza prezenței la copii a unui număr mare de sunete incorecte, ei întîmpină dificultăți în asocierea fonemului și a grafemului respectiv și prin urmare își însușesc greu scrierea corectă. Succesul școlar al copiilor cu tulburări de limbaj este împiedicat și de condiții pur tehnice (imposibilitatea de a răspunde, expune, citi corect). Unii dintre aceștia rămîn în urmă la învățătură și pierd interesul pentru școală sînt categorisiți ca debili mintali, comițîndu-se prin aceasta o gravă eroare, care abate atenția de la adevăr, cauza insuccesului școlar și de la

măsurile adecvate logopedice, prin care ele se remediază.Corectarea tulburărilor de limbaj (inclusiv a celor de scris şi citit) contribuie la combaterea insuccesului la învăţătură a şcolarilor mici, ceea ce dă măsurilor respective nu numai o valoare specială logopedică ci şi o valoare pedagogică generală.

Aşa cum reiese din literatura de specialitate sînt încriminate două categorii de factori care pot determina tulburările dislalice şi disgrafice: factori care aparţin subiectului şi factori care aparţin mediului în care trăieşte şi îşi desfăşoară activitatea.

In prima categorie se numără deficienţele de ordin senzorial, gradul dezvoltării intelectuale, starea sănătăţii, reacţiile nevrotice, factori motivaţionali, instabilitatea emoţională, deficienţe pe linia activităţii şcolare care duc la slaba însuşire a informaţiilor predate, opoziţionalismul copilului care vrea să-şi pedepsească familia sau să-şi manifeste independenţa, recluziune schizotimă, lipsa de interes a copilului nematurizat afectiv sau abandonat şi altele.

Din a doua categorie fac parte factorii care se referă la slaba integrare în colectiv, nivelul cultural scăzut al familiei,şcolaritate neregulată, insuficienţă experienţă pedagogică a învăţătorului şi altele.

Dacă ţinem seama şi de influenţele negative exercitate de tulburările de pronunţie asupra însuşirii scris-cititului, manifestarea formelor de dislexie-disgrafie capătă caracteristici tot mai complexe.

Unii autori printre care Arnold şi G.Mottier sînt de părere că tulburările de articulaţie gramaticală şi cele de parafazie care apar în manifestările dislexice şi disgrafice, alături de simţul redus sau deficitar pentru muzică, alcătuiesc un mănunchi de trăsături caracteristice pentru deficienţii disfazici şi disgnostice. In alte cazuri mai dificile apar şi unele fenomene ca atenţia auditivă redusă şi o scăzută capacitate de memorare.

Existenţa fenomenelor dislexice şi disgrafice pe care le agravează tulburările dislalice ce se reflectă la scris-cititul logopatului ne determină să subliniem caracteristicile unei debilităţi generale pentru vorbire, pe care o înţelegem ca avînd influenţe defavorabile atît în sfera comunicării expresive cît şi în cea receptivă. In acest caz fenomenul cel mai pregnant care se manifestă este cel al disgramatismului.Arnold descrie acest fenomen prin investiga-

rea unui număr mare de dislexici şi disgrafici la care se manifestau tulburări fie numai din sfera scris-cititului, fie atît în sfera scris-citit cît şi în articulaţie şi ritmul vorbirii. Acelaşi autor constată că bîlbîiala nu se înrudeşte direct cu dislexia şi disgrafia, nici în privinţa cauzelor şi nici a consecinţelor.Manifestările caracteristice bîlbîielii pot constitui, după Arnold,expresii suplimentare şi paralele ale deficienţelor de aptitudine. Asemenea cazuri de tulburări condiţionate sînt determinate de către "sindromul supraordonat al debilităţii congenitale pentru vorbire".

Tulburările de verbire (dislalia, dizartria, disfazia,afazia, rinolalia) sînt deseori legate de dislexie şi disgrafie.

La copii dislalici la care apar fenomene de scădere a percepţiei auditive, cu consecinţe negative asupra memorizării auditive, se accentuiază dislalia, cu repercursiuni şi în limbajul scris-citit. Transpunerea fenomenelor dislalice în vorbirea citită şi scrisă se produce pe baza principiului asemănării, apropierii şi contagiunii. Prin asemănare au loc o serie de substituiri, omisiuni şi inversiuni de litere şi grafeme. Aceleaşi fenomene se produc în vorbirea orală şi se pot reflecta la unii dislalici în scris şi citit. In transpunerea fenomenelor dislalice, în citit şi scris, asemănarea se produce pe cale vizuală şi auditivă. Omisiunile şi substituirile sînt cele mai frecvente în vorbirea orală, ceea ce face ca şi în scris-citit să se manifeste. In schimb, în cadrul inversiunilor la nivelul verbirii orale, fenomenul de inversare se produce frecvent între sunete şi mai rar între cuvinte, iar în scris inversiunea cuvintelor e mai des întîlnită.Dar, nu există o regulă ca toate fenomenele caracteristice în dislalie să apară în limbajul scris-citit. Sînt cazuri cînd dislexia- disgrafia pot exista şi la logopaţi care nu manifestă tulburări de pronunţie sau de articulare şi se pot datora unor deficienţe de ordin optic sau acustic, de natură centrală sau periferică.

Un fenomen şi mai rar întîlnit la dislalici este cel al adăugirii de sunete în pronunţarea cuvintelor, dar care apare mai frecvent în limbajul scris. Imaturitatea vizual-perceptivă atît de frecvent încriminată în dislexie şi disgrafie joacă un rol important şi în perturbarea pronunţiei, datorită faptului că pe baza ei, nu se poate efectua imitarea poziţiei adecvate a aparatului de fonoarticulaţie în perioada învăţării sunetelor.

Dar,pentru însuşirea autogenetică a pronunţiei,rolul dominant

îl are maturitatea audio-perceptivă, care intervine în egală măsură în citire şi în scrierea după dictare. La dictare, spre deosebire de copiere, greşelile de disgrafie sînt mai numeroase la orice elev deoarece la dictare prima instanţă prin care trece procesul de scriere este cea acustică cu toate deficienţele ei de analiză, îi urmează cea chinestezică, la urmă cea optică, care se caracterizează prin posibilitatea unui control concomitent sau succesiv al exactităţii celor scrise; în lipsa însă a modelului care este prezentat numai la copiere.

Din punct de vedere psihopedagogic multe din greşelile scris-citit ale şcolarului mic nu pot fi denumite dislexii-disgrafii,deoarece ele se produc în limitele evoluţiei normalului din cadrul şcolarizării.La mulţi copii se întîlneşte o individualitate receptivă modificată. La aceştia se produce un conflict între individualitatea receptivă modificată şi oscilaţia legilor fonetice, care se soldează cu tulburări în redarea grafică a vorbirii orale sau a gîndirii. Acest conflict face să se producă greşeli nu numai la anumite cuvinte, cu o compoziţie fonologică dificilă, în ceea ce priveşte analiza şi sinteza. Aceste cuvinte devin cuvinte conflictuale şi sînt generatoare ale fenomenului de disfonografie .

Se întîlneşte des o mare categorie de greşeli în limbajul scris al copilului, care deşi formal sînt similare disgrafiilor, privite atent, în perspectiva structurii fonetice a limbii române, se diferenţiază de disgrafii. Acestea sînt disfonografiile şi au o pondere foarte mare la clasele I-II.

Raportul dintre tulburările limbajului scris şi starea de dezvoltare a activităţii intelectuale nu poate fi absolutizat,deoarece greşelile de scris reflectă în primul rînd lipsa capacităţii de a diferenţia şi pronunţa corect diferite sunete şi apoi starea de dezvoltare a activităţii intelectuale.

Forma cea mai frecvent întîlnită este disgrafia de tip acustic care trebbie pusă pe seama faptului că dificultăţile de pronunţie ca urmare a slăbirii auzului fonematic se transpun şi în limbajul scris. Tulburările auzului fonematic nu-i vor permite să realizeze corect operaţiile de analiză şi sinteză la nivelul silabelor şi cuvintelor. De multe ori ele sînt generatoarele dislexiilor-disgrafiilor.Apar în acest sens dificultăţi de tipul inversării grafemelor,înlocuirea fonemelor sonore cu cele surde, omisiuni de litere,silabe,adăugiri, contopiri de cuvinte,etc.

Existenţa unor greşeli care pot fi întîlnite adeseori la dislalici ne dă relaţia dintre dislalie şi dislexie: incapacitatea pronunţării cuvintelor nefamiliare, sau încercare de a ghici structura lor fonetică, dificultăţi în realizarea diferenţelor dintre cuvintele relativ asemănătoare în scriere şi pronunţare, dificultăţi în discriminarea diferenţelor auditive ale cuvintelor şi literelor, neînţelegerea integrală a celor rostite, pronunţarea incorectă a consoanelor, inversiunea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, omisiunea unor fenome şi cuvinte, înlocuirea unor cuvinte prin altele, repetarea cuvintelor, accentuarea greşită a cuvintelor, etc.

Analizînd şi prelucrînd unele texte citite şi scrise (dictări şi compuneri) a unor şcolari dislalici s-a observat principalele fenomene de transpunere a greşelilor din limbajul oral în limbajul scris-citit.

1. Omisiuni de sunete, litere şi silabe.

Frecvenţa cea mai mare în vorbirea orală la dislalici se manifestă la sunetele: s-z; ş-j; r-l; şi a grupurilor de consoane ce conţin pe r şi l.

2. Contopiri de cuvinte. Frecvenţa contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări faţă de compuneri. Acest lucru s-ar datora unui auz fonematic deficitar şi lacunar, ca şi datorită neînţelegerii sensului cuvintelor.

3. Substituiri de foneme şi grafeme a sunetelor deficitare atît în dictare cît şi în citire.

4. Confuzii de foneme şi litere ca urmare a asemănărilor acustico-fonetice: b-p; d-b; s-r; o-g; f-z.

5. Adăugiri de foneme şi litere.

6. Dizortografii. Apar mai frecvent dezacorduri gramaticale, omisiuni ale sunetelor gramaticale: punct, virgula, semnul exclamării, lipsa literii mari la început de frază.

7. Texte necoerente, ilogice. Asemenea manifestări apar în special în compuneri, la elevii a căror disgrafie e mai accentuată sau care au şi alte tulburări de limbaj, ca bîlbîială, dislalie, etc. Compunerile se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacităţii copiilor de a lega elementele logice, acţiunile conţinute în povestiri. La copiii cu o disgrafie mai uşoară compunerea devine mai închegată.

Concluzii

1. La majoritatea copiilor dislalici apar fenomene de transpu-

nere a omisiunilor, deformărilor, substituirilor din vorbirea orală şi în vorbirea scrisă. Astfel că, dislalici întîmpină dificultăţi sporite în realizarea comunicării şi în recepţia limbajului.Sigmatismele şi parasigmatismele, rotacismele şi pararotacismele,care sînt forme de dislalie parţială, sînt cele mai frecvent reflectate în scris şi citit.

2.Tulburările de vorbire influenţează dezvoltarea activităţii intelectuale şi randamentul şcolar al copiilor într-o măsură direct proporţională cu gravitatea lor şi în funcţie de specificul fiecăreia.

3.Unele tulburări de vorbire produc modificări esenţiale în dezvoltarea intelectuală,altele în sfera personalităţii,altele însă numai simulează tulburări patologice ale intelectului.

4. Tulburările de pronunţie pot influenţa dezvoltarea intelectuală, dar ele se pot datora şi unui deficit mintal nu numai intelectual dar şi afectiv,ambele influenţînd într-o măsură mai mare sau mai mică procesul şcolar.

5. Prin prevenirea şi corectarea tulburărilor de articulaţie, inclusiv a celor de scris şi citit, logopedul contribuie la restabilirea normală a limbajului, ca mijloc de comunicare şi ca factor important de educaţie şi instruire, la încadrarea normală în societate, la alegerea nestingherită a profesiunii lui viitoare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Boşcaiu M.-Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădiniţele de copii;Edit.Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1973.

2.Calavrezo C.- Metode şi procedee pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei în tulburările limbajului scris.Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1967.

3.Nikaşina N.A- Defecte de pronunţie şi scriere la elevi din primele clase ale şcolilor de masă în probleme de pedagogie specială. Bucureşti, E.S.D.P.1961.

4.Păunescu C.- Disgrafie în cadrul tulburărilor limbajului scris; în tulburările limbajului scris.Edit.Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1967.

5.Păunescu C.- Tulburări de vorbire la copii.Edit.Medicală,1966.

6.Tomescu N - Neurofiziologia dislexiei-disgrafiei în Tulburările limbajului scris,Edit.Didactică şi Pedagogică,Buc.1967

7.Verza E. - Dislalia şi terapia ei. Edit.Didactică şi Pedagogică, Bucureşti,1977.

Scanned with OKEN Scanner

PREOCUPARI PENTRU IMBUNATATIREA PROCESULUI DE CUNOASTERE PSIHO-PEDAGOGICA A COPILULUI, PROBLEMA PRIORITARA A TUTUROR CADRELOR DIDACTICE CARE DESFASOARA ACTIVITATEA IN SCOLI SPECIALE SI IN CASE DE COPII

MIHAELA MIHAILOVICI
Scoala ajutătoare Iasi

Cunoasterea individualităţii copilului constituie o problemă tot atît de veche ca şi grija părintelui pentru buna dezvoltare a copilului său. Ea devine aproape în acelaşi timp, o problemă a grupului social, exprimată prin efortul comun de integrare a tineretului în formele de viaţă socială.

Problema cunoasterii copilului şi, în general, a omului de toate vîrstele nu este o problemă nouă dar, abordarea acestei preocupări are loc astăzi, în condiţiile cuceririlor înregistrate de societatea actuală pe toate planurile.

Astfel, se vorbeşte astăzi despre asistenţa complexă a copilului - o asistenţă pe linie psihologică, pedagogică, socială în vederea asigurării condiţiilor optime de dezvoltare, a înlăturării influenţelor nocive, a canalizării energiei copilului pe linia acţiunilor cu valoare formativă.

Cunoasterea copilului este impusă de:

1. <u>Asistenţă</u> - acţiunea cea mai umană ce constă în:
   - menţinerea stării de sănătate fizică şi psihică;
   - înlăturarea şi rezolvarea situaţiilor cu rol stressant;
   - întărirea dorinţei de a munci şi de a se realiza.
2. <u>Organizarea orientării şcolare</u> - se referă la plasarea copilului în condiţii de şcolarizare adecvate fondului său aptitudinal, în vederea realizării depline a personalităţii sale. In orientarea şcolară accentul se pune pe actul formării diferenţiate.

3. Rezolvarea corectă a acţiunilor de orientare profesională ea constituie o necesitate de integrare socială,de afirmare a potenţialului individual, asigurînd persoanei un loc şi un rol social în concordanţă cu valenţele sale.

4. Cunoaşterea copilului este şi o modalitate de realizare a orientării lui sociale - acţiune prin care se urmăreşte apropierea individului de normele, instituţiile, valorile sau deziderateie grupului.

Avînd în vedere toate acestea opinăm pentru utilizarea unui sistem de metode în scopul cunoaşterii elevilor, dar, nu este vorba numai de a studia strict psihologic sau pedagogic elevii ci şi de folosirea unor căi optime de influenţare favorabilă a formării şi dezvoltării personalităţii copilului. Deci, pe baza acestor considerente, putem aprecia că metodele psihopedagogice de cunoaştere sînt multiple şi variate.

In organizarea procesului de cunoaştere ne putem opri asupra unora dintre ele, pe care le putem găsi mai apropiate posibilităţilor de utilizare. Este vorba de următoarele metode sau căi de cunoaştere: observaţia, metoda biografică, analiza psihologică a produselor activităţii, convorbirea, chestionarul, experimentul.

1. Cea mai accesibilă şi mai economicoasă este metoda observaţiei. Ea presupune urmărirea atentă şi sistematică a unor manifestări comportamentale stabilite în prealabil în raport cu un scop anume propus.

Observaţia se poate realiza într-un cadru natural sau artificial, creat. Condiţiile şi relaţiile în cadrul cărora putem observa elevul se referă la dezvoltarea sa fizică şi psihică, la climatul familial şi la colectivul din care face parte.

O observaţie poate fi empirică sau ştiinţifică; cea empirică este insuficient controlabilă şi nu este satisfăcătoare atunci cînd intenţionăm să ajungem la o cercetare ştiinţifică. Este necesară trecerea la observaţia ştiinţifică care este dirijată în conformitate cu anumite reguli menite a evita greşelile observaţiei empirice.

De obicei, observaţia se foloseşte ca metodă pe o perioadă mai lungă. Sînt şi cazuri în care ea se utilizează intensiv, într-o perioadă relativ scurtă, contribuind la îmbogăţirea informaţiilor asupra unei persoane, fără a avea pretenţia de stabilire

a unui psihodiagnostic numai pe baza ei.

Observaţia se utilizează în împrejurări în care elevul îşi poate manifesta unele particularităţi psihice, aptitudini, interese, deprinderi, trăsături caracterial comportamentale şi aspiraţii legate de anumite motivaţii. De asemenea, putem observa atitudinea sa faţă de colectiv. Important este să observăm elevul în toate împrejurările pe care ni le oferă desfăşurarea activităţii sale obişnuite în şcoală şi în afara ei.

Formele de realizare a observaţiei sînt multiple şi variate. Astfel, cadrele didactice, pot realiza observaţia cu prilejul lecţiilor pe care le ţin la clasă din care face parte elevul, la orele de dirigenţie, asistînd la orele altor profesori, participînd la activităţile diferitelor cercuri şcolare, la manifestările cultural artistice şi sportive, precum şi urmărind conduita lui în pauze sau în alte momente petrecute în colectivitatea şcolară.

Culegerea datelor, notarea şi prelucrarea lor nu se pot realiza oricum. Observaţiile mai relevante se cer a fi consemnate pînă nu se uită; de preferinţă este ca notarea să nu se facă în faţa elevului. Dar, aceste date consemnate nu prezintă încă aprecieri. Ele au un caracter general. Aprecierile vor putea fi făcute numai după acumularea unor informaţii variate şi multiple.

Avantajele utilizării acestei metode de cunoaştere sînt evidente. Prin observaţie se permite acumularea unui arsenal însemnat de date informaţionale asupra manifestărilor şi caracteristicilor elevului la un moment dat. De asemenea, observaţia este la îndemîna oricărui, ceea ce face ca ea să aibă o mare răspîndire în activitatea de cunoaştere a elevilor.

Metoda observaţiei prezintă şi anumite limite. Vastitatea informaţiilor îngreunează procesul sistematizării lor; există şi pericolul de a vedea prin materialul cules cu ajutorul observaţiei, fizionomia absolută a elevului, fără a ţine seama de continua desvoltare, transformare a lui. Observaţia ca, metodă de cunoaştere, ne poate oferi mult dar nu totul.. Cu toate aceste limite, valoarea observaţiei ca metodă de cunoaştere a elevilor este de necontestat. Şi, pentru a nu risca amalgamarea impresiilor personale ale observatorului cu reacţiile sau comportamentele observate, se impune folosirea unei "foi de observaţii", în care să se noteze, pe două coloane, constatările curente observate şi, ulterior

interpretările şi aprecierile formate pe baza lor.

2) Metoda biografică ea presupune o "radiografie" a dezvoltării psihice a copilului cu accente puse în special pe momentele mai importante din viaţa acestuia, deoarece ele influenţează cu precădere dezvoltarea lui; în acest fel putem obţine date importante şi interesante care ne pot ajuta să ne explicăm anumite reacţii deosebite din comportamentul prezent al elevului. In general, biografia poate să ne pună în lumină specificul unei persoane,orientările sale, sensurile particulare pe care le capătă, diverse momente ale existenţei.

In investigarea biografiei trebuie acordată o mare atenţie obiectivităţii informaţiilor recoltate, avînd în vedere faptul că acestea sînt obţinute de la subiectul însuşi sau de la persoane apropiate de acesta.

3. Analiza psihologică a produselor activităţii (care este considerată o variantă a metodei biografice).

Teza fundamentală pe care se bazează această analiză este aceea conform căreia măiestria mîinilor şi a minţii exprimă valoarea unei personalităţi în ansamblu şi, deseori, caracteristici specifice, calitative care definesc individualitatea unei persoane.

Prin produs al activităţii elevului se înţelege tot ceea ce realizează el în şcoală şi în afara ei.

a) Lucrările de control curente - oglindesc gradul de pregătire al elevului în comparaţie cu cerinţele programei şcolare.

Lucrările de control pot fi anunţate şi neanunţate: ambele forme permit o apreciere, ceea ce contribuie la formarea unei opţiuni asupra nivelului de cunoştinţe al elevului. Caracterul acestor lucrări va consta însă şi în sublinierea anumitor trăsături individuale.

Se rtilizează, de asemenea, şi aşa numitele lucrări de sondaj, date pentru a constata nivelul cunoştinţelor la un moment dat. Aceste lucrări aplicate deodată la mai multe clase paralele şi corectate de acelaşi cadru didactic permit o apreciere mai obiectivă a elevilor.

Discutarea lucrărilor de control în colectivul clasei, evidenţierea unor laturi pozitive şi sublinierea greşelilor permit stimularea elevilor spre autoreflecţie, dezvoltîndu-le spiritul critic şi autocritic.

b) Lucrările de control trimestriale (tezele) - elevul este pus în situaţia de a munci nu oricum, activitatea sa se va oglindi într-un caiet anume destinat acestor lucrări. Limitarea în timp a tratării unor teme care de multe ori cer o sistematizare riguroasă solicită din partea elevului o concentrare mai mare decît în condiţii obişnuite. Este utilă şi comparaţia făcută între tezele aceluiaşi elev de la un trimestru la altul sau chiar privind evoluţia lor în decursul unei perioade şcolare mai lungi.

c) Activitatea de creaţie a elevului.

Această metodă se întemeiază pe principiul după care procesele psihice se obiectivează în diverse produse materiale şi spirituale.

Activităţile de creaţie ale elevilor se întîlnesc în forme diferite şi la nivele diferenţiate.

- Compunerile - sînt un mijloc de verificare a capacităţii imaginative a elevului, a nivelului de reprezentare şi a perceperii de înlănţuire logică, presărată cu epitete şi metafore.

Compunerile stimulează la elevi analiza şi aprecierea sistematică a însuşirilor personale şi a faptelor, dînd posibilitatea cadrelor didactice să-şi cunoască mai bine elevii deoarece ele oferă indicaţii privind sensibilitatea elevilor, despre anumite aptitudini speciale sau interese.

Lucrări confecţionate de elevi - permit pătrunderea mai adîncă în tainele individualităţii. Ele ne arată în mod direct interesele elevilor, precum şi gradul de pricepere şi de îndemînare practică. Pe lîngă ceea ce confecţionează elevii în activităţile de atelier, o deosebită semnificaţie prezintă ceea ce ei realizează din proprie iniţiativă, în şcoală sau în afara ei.

- Creaţiile originale sînt expresii vii ale intereselor elevilor şi ale tendinţei de valorificare a înclinaţiilor şi aptitudinilor acestora. Varietatea acestor creaţii ne permite să descoperim noi aspecte ale manifestării unei personalităţi, ducînd uneori la evidenţierea unor pasiuni şi chiar a unor talente.

Creaţiile originale pot fi de domenii diferite: încercări literare, muzicale, realizări artistice, rezolvări originale de probleme, realizarea ingenioasă a unei construcţii originale.

- Performanţele obţinute la olimpiadele şi concursurile şcolare. Antrenarea elevilor în astfel de concursuri contribuie la

îmbogăţirea cunoştinţelor dintr-un anumit domeniu, dezvoltă interesele, lărgeşte aria informaţională asupra posibilităţilor de aplicare a cunoştinţelor.

- Desenele elevilor - ne dezvăluie şi ele aptitudini şi interese dar, şi anumite aspecte specifice ale lumii interioare a copilului.

- Jurnalele personale şi corespondenţa - oferă un plus de informaţii speciale asupra elevului, sînt o sursă bogată de informaţii asupra individualităţii acestuia. Dar, pentru a avea acces la aceste produse profesorul trebuie să-şi asigure încrederea totală a elevului.

4. Metoda convorbirii (interviul pedagogic)

Prin caracterul său activ şi direct ea poate oferi informaţii despre aspiraţiile şi interesele elevilor, motivaţia diferitelor conduite, opinii în legătură cu anumite evenimente din viaţa personală sau a colectivului şcolar.

Convorbirea poate fi organizată sau întîmplătoare; ambele pot fi la fel de utile ca mijloace de cunoaştere a elevului.

Această cale de cunoaştere ne permite şi culegerea unor date anamnezice, ceea ce înseamnă că ea cuprinde în sfera ei şi metoda biografică.

Organizarea şi desfăşurarea convorbirii prezintă o semnificaţie de prim ordin pe linia pătrunderii în esenţa individualităţii elevului. Formele de convorbire sînt multiple, în funcţie de factorul educativ antrenat în această direcţie, precum şi de sfera de cuprindere a elevilor în discuţii. Trebuie remarcat rolul educativ al convorbirii, indiferent că este direct sau indirect implicat elevul în cadrul ei. Convorbirea nu are numai un scop informativ, ci şi unul activ, constituind un mijloc important de a ajuta pe elev să-şi clarifice anumite probleme, să-şi dea seama de aptitudinile şi capacităţile sale.

Orice formă de convorbire trebuie să se bazeze pe tact pedagogic, pe o pregătire psihologică corespunzătoare a elevului, asigurînd astfel dezvăluirea unor trăiri interne şi manifestări externe proprii unor individualităţi în plină formare şi dezvoltare. Un rol deosebit îl are, în convorbire, încrederea elevului în cadrul didactic. „Încrederea elevului în profesor sporeşte influenţa acestuia asupra elevului şi deschide, în acelaşi timp,

în fața elevului calea mărturisirilor" (V.Pavelcu).

5. Chestionarul poate fi considerat o variantă a convorbirii, contractarea elevilor realizîndu-se însă prin intermediul mijloacelor scrise. El presupune stabilirea unor seturi de întrebări în legătură cu o temă anumită, organizate într-o anumită succesiune logică și psihologică. În genere, nu se recomandă întrebări numeroase ci întrebări bine selectate și formulate. Nu există chestionare unanim universalizate, ci ele servesc mai mult drept ghiduri în formularea întrebărilor.

Chestionarul poate fi un material util dacă este folosit corect. Accesibilitatea lui și asigurarea unor condiții optime de aplicabilitate măresc șansele adunării unui material valoros. Alegerea chestionarului depinde de scopul urmărit, de existența în conținutul lui a unor întrebări la care nu avem răspunsul. Este cunoscută varietatea chestionarelor în investigația psihopedagogică (biografice, de interese, de aptitudini, de personalitate etc.). Pot fi folosite chestionare cu întrebări închise sau deschise. Adesea se întrebuințează chestionarul cu întrebări libere, care oferă elevilor prilejul de a da răspunsuri detaliate, fără însă să permită o cantificare apreciabilă.

În munca de cunoaștere a elevilor se pot utiliza chestionare pentru elevi, pentru părinți, pentru diriginți etc. Este lesne de înțeles că alcătuirea și folosirea chestionarelor cere o bogată experiență și pricepere în domeniu; de aceea se recomandă ca utilizarea lor să se facă cu precădere de către specialiști, deoarece numai respectarea normelor de folosire științifică a chestionarului prezintă garanția obținerea unor date utile în completarea informațiilor privind individualitatea elevului.

6. Experimentul poate fi și el utilizat în cunoașterea psihologică a copilului. Cunoscut și sub denumirea de "observație provocată" el înseamnă provocarea unui proces a unui comportament. Avantajul acestei metode constă în faptul că putem modifica factorii cauzali, subliniind mai bine rolul și ponderea fiecăruia.

Există și dezavantajul de a situa elevul în condiții neobișnuite, care, în condiții de laborator, sînt și artificiale. De aceea, pentru cunoașterea psihologică a elevului este recomandabil experimentul natural, cunoscut și sub denumirea de „experiment psihologic" (pentru cazul de față).

Recomandări pentru profesori

1. Cunoaşterea ştiinţifică a vieţii psihice a elevului - condiţie şi instrument al modernizării învăţământului - impune profesorului, pentru a sesiza rolul psihologiei acestuia în întreaga ei complexitate şi profunzime, examinarea ei în triplă perspectivă: genetică, funcţională, diferenţială.

2. Concepţia nouă, atotcuprinzătoare a psihologiei contemporane - sinteză creatoare a datelor cercetării inter şi intradisciplinare - oferă profesorului posibilitatea să surprindă caracteristicile evoluţiei psihice ale elevului pe întreitul plan al generalului, particularului, individualului.

3. In consecinţă, conturarea personalităţii în devenire a fiecărui elev, relevarea dominantelor şi subdominantelor profilului, portretul său psihic, de către profesor vor dobîndi consistenţă, autenticitate numai pe baza cercetării pe de o parte a situaţiilor tip existenţiale ale copilului, a biografiei sale unice şi nerepetabile ce particularizează şi individualizează trăsăturile schemei genetice generale.

4. In aprecierea trăsăturilor psihice ale elevului se vor evita formulările stereotipe, nediferenţiate.

Găsirea unor căi variate de descoperire a personalităţii elevului este un atribut necesar şi posibil de realizat, dar care depinde dragoste deosebită faţă de elevi, perseverenţă în desfăşurarea investigaţiei psihopedagogice şi pricepere în folosirea diverselor metode, procedee şi mijloace educative.

Bibliografie la autor

INFLUENTA TULBURARILOR DE LIMBAJ ASUPRA PROCESULUI INVATARII

VALERICA DUMITRASCO
Centrul logopedic interscolar Iaşi

Avînd în vedere factorii determinanţi ai dezvoltării psihice precum şi legătura indisolubilă dintre gîndire şi limbaj, această lucrare va face unele precizări în legătură cu cauzele şi principalele tulburări de limbaj, oral şi scris, la copilul normal şi la deficientul mintal, limbajul şi implicaţiile acestuia în procesul învăţării.

Vom arăta principalii factori etiologici ai întîrzierii în dezvoltarea a limbajului (după C.Păunescu).

1.Factorii neurogeni sînt acei factori care determină o leziune cerebrală, micro- sau macroscopică; ei acţionează în timpul sarcinii, la naştere sau post-natal. Asemenea leziuni cerebrale pot determina întîrzieri "simple" în apariţia şi dezvoltarea vorbirii; ele "frînează" organizarea vorbirii în structurile cerebrale indirect interesate.

2.Factorii somatogeni determină o întîrziere globală a dezvoltării somatoneuropsihice: boli cronice cu evoluţie îndelungată, boli infecţioase care se succed la scurt timp în cursul primei copilării. Se includ în această categorie tuberculoza şi rahitismul, infecţiile septice prelungite, rujeola, tusea convulsivă în primii 2 ani de viaţă, amigdalite frecvente, boli ale aparatului respirator (rino-faringite, faringo-amigdalite,pneumonii virale, bronhopneumonii).

3. Factorii psihogeni privesc condiţiile de mediu în care se dezvoltă copilul. Mediul defavorabil dezvoltării vorbirii (părinţi surdo-muţi), familii dezorganizate, greşeli de educaţie vor contribui la întîrzieri în dezvoltarea limbajului datorită monotoniei ritmului de viaţă şi lipsei de exigenţă, absenţa individualizării în îngrijire şi educaţie, insuficienta dezvoltare a contactului afectiv şi social. Tot o cauză psihogenă de întîrziere în apariţia şi dezvoltarea vorbirii este şi suprasolicitarea verbală prin bilingvism, la vîrsta ante-preşcolară.

4. Factorii constituţionali vizează o "debilitate de limbaj", numită astfel prin analogie cu debilitatea motorie definită ca o "perfecţionalizitate înăscută", constituţională şi adesea ereditară a

personalităţii. In aceste cazuri vor fi semnalate întîrzieri în vorbire la 3-4 ani, dislalie prelungită şi după 5 ani, dificultăţi în însuşirea scris-cititului, agramatism până târziu. Este vorba mai degrabă de o disfazie în acest caz.

Deficitul neurometor afectează mai ales mişcările fine ale degetelor, buzelor, limbii şi, mai rar, motricitatea generală (mersul, alergatul).

Disabilitatea pentru vorbire la un stîngaci nu vine datorită disabilităţii motorie. Cauza tulburării de limbaj (bîlbîiala în cazul acesta) se naşte fie în cazul dominanţă stîngă incompletă sau lateralitate încrucişată, fie în stîngăcia contrariată.

O problemă foarte importantă este aceea a diagnosticării, dată fiind multitudinea de cauze care uneori se întrepătrund la acelaşi individ. Se va avea în vedere un diagnostic interdisciplinar, de ansamblu şi în final cel mai concludent va fi diagnosticul diferenţial care durează mai mult timp şi se stabileşte în urma examenelor medicale.

In cazul hipoacuziei se va aplica diagnosticul diferenţial. La copilul hipoacuzic apariţia vorbirii se produce la timp, numai dezvoltarea vorbirii întîrzie. Din practica logopedică am observat că progresele copiilor cu o întîrziere "simplă" în vorbire sînt mai rapide decît ale deficienţilor auditivi.

Diagnosticul diferenţial se face cu audimutitatea, cu stările nevrotice de inhibiţie a vorbirii, mutismul psihogen şi social-psihologic şi în cazul autismului infantil.

Stabilirea corectă a diagnosticului de întîrziere în apariţia şi dezvoltarea limbajului este dificilă, diagnosticul diferenţial recomandîndu-se în multe cazuri, deoarece s-ar confunda spre exemplu nedezvoltarea vorbirii cu alalia, dislalia cu disfazia, etc.

"Limbajul prezintă o sinteză a mai multor funcţii care au grade diferite de complexitate şi sînt ierarhizate la diferite niveluri" (Dinamica proceselor cerebrale-Kreindler). Pornind de la această premisă, A. Kreindler a propus un model neurofiziologic bazat pe principiul nivelurilor structural-funcţionale:

a) nivelul periferic al instrumentelor limbajului (organele de simţ - auzul şi văzul şi organele fono-articulatorii:

b) nivelul cortical al instrumentelor limbajului (capătul cortical al analizatorilor optic şi acustic, precum şi centrul

central al mușchilor fonatori analizatorul chinestezic verbo-motorii; nivelurile morfofuncționale de integrare motorie mai complexă-funcțiile praxice legate de limbaj);

g)gnozia auditivă, vizuală pentru obiecte și culori, pentru cuvinte și coordonarea articulatorie a cuvîntului verbit.

In zonele reprezentate la aceste niveluri se pot identifica, ca o precizie relativă, efectele leziunilor sau a secvențelor acestora.In cazul lezării segmentului periferic al organelor de simț și a căilor de conducere se produce hipoacuzia,lezarea organelor fono-articulatorii duce la mutenie,afonie și dizartrie. In cazul lezării ambelor niveluri (gnozie și praxie) tulburările sînt grezniice în special auditive și visuale și praxice la nivelul aparatului fono-articulator; vor fi perturbări ale praxiei și gneziei atît periferice, cît și centrale.

Aceste perturbări sînt evidențiate în lexie și grafie,desi dislexegrafiile.

Lezarea nivelurilor structurale amintite dau următoarele tulburări: alalia, sudimutitatea, dizartria care în forme ușoare se înregistrează ca dislalie și se tratează ca atare, disfonia care-i prezentă numai la deficientul mintal, tulburările gnozo-praxice (dislaliile și dislexiile).

De menționat diferența dintre dislalia deficientului mintal (care-i structurală, consecutivă unei modificări neurofiziologice, are alt timp de apariție și alt mod de evoluție) și dislalia copilului normal.

Tulburările fono-articulatorii ale copilului normal sînt funcționale, la deficientul mintal caracterul afazoid al tulburărilor este fundamental datorită gnozo-praxiilor auditive și vizuale.Dislalia deficientului mintal este o tulburare de tip gnozo-praxie auditiv. Percepția sunetului și procesul de învățare prin discriminare auditivă sînt în primul rînd tulburate. Capacitatea de sinteză la nivel praxic a imaginii auditive și a reprezentării mișcării fonoarticulatorii se realizează greu sau deloc.

Implicațiile acestei disfuncțiuni devin și mai semnificative în procesul de învățare a limbii scrise și citite (grafie și lexie) cînd cea de-a treia componentă-semnificația și sensul intră în combinație.

Desorganizarea percepției spațiale va îngreuia procesul de scriere,citire,învățarea figurilor geometrice.

Privind evoluţia limbajului, latura expresivă a verbirii, s-a constatat că între 5-7 ani tulburările de verbire sînt extrem de numeroase la deficienţii mintali faţă de copii normali.Deosebirea este nu numai cantitativă, ci de structurare. Dacă la copilul normal dislalia nu afectează întregul complex de structuri ale limbajului, la deficientul mintal se merge de la absenţa limbajului la tulburări generale cu implicaţii în mai toate sectoarele acestuia, de multe ori aceste tulburări fiind o expresie a dereglărilor structurale ale limbajului.

Alt aspect ar fi acela al polimorfismului formelor de tulburări ale verbirii. La copilul normal va fi la vîrsta şcolarizării o dislalie simplă, monomorfă, la deficientul mintal o dislalie polimorfă care poate interesa şi forma de disartrie,audimutitate,etc.

Nivelul funcţiilor mnezice şi nivelul funcţiilor de abstractizare, esenţializare şi conceptualizare sînt celelalte niveluri ale sistemului limbajului. Aceste două niveluri sînt compartimente ale laboratorului central, în care se produc cele mai subtile şi nebănuit de complexe operaţii ale limbajului, în contextul activităţii de învăţare. Fonetizarea constituie prima treaptă în scala de dezvoltare a limbajului. În cadrul procesului de învăţămînt (la clasele I-IV) şi în cabinetul logopedic se desfăşoară diferite activităţi, multe sub formă de joc, pentru dezvoltarea auzului fonematic. Funcţia semiotică. Psihologia limbajului şi psiholingvistica şi-au adus contribuţii de mare utilitate în aprofundarea şi diversificarea acestei probleme. J.Piajet demonstrează că funcţia semiotică constituie funcţia fundamentală a complexului limbaj-gîndire. La deficientul mintal funcţia şi mecanismele semiotice sînt perturbate în grade diferite şi sînt determinate pentru distorsiunile existente în întregul sistem al limbajului.

Conceptualizarea (esenţializarea) la deficientul mintal este într-o proporţie foarte mare neorganizată şi diminuată.Cu puţine excepţii, deficientul mintal nu poate ajunge la punctul maxim al cunoaşterii - conceptualizarea; deci cuvîntul nu capătă valenţe operaţionale nici în planul cunoaşterii şi nici al organizării şi dirijării comportamentului de învăţare şcolară şi socială. În fenomenul afazic se produc dăstructualizări care afectează fie limbajul interior, fie latura expresivă, fie cea de înţelegere a reperturilor (relaţiilor) dintre obiect şi denumire. Vocabularul (vocabularul de stocare, vocabularul de utilizare, vocabularul

operaţional) şi structura gramaticală. Agramatismul poate să se întîlnească la copiii cu inteligenţă normală sau la deficienţii mintali care au depăşit vîrsta de organizare a limbajului şi care înţeleg sensul cuvintelor pe care vor să le utilizeze. Ei nu au acele abilităţi de combinare, de structurare a unei idei, a unui gînd, pentru că prin structuri gramaticale se exprimă însăşi structura logică, structura gîndirii.

Am văzut care sînt cauzele şi principalele tulburări ale limbajului la copilul normal şi la deficientul mintal. In acelaşi context vom aborda problema raportului dintre limbaj şi procesul învăţării.

Învăţarea nu interesează anumite porţiuni sau etape ale creierului (ea toate că în structura genetică şi morfofuncţională procesul învăţării se află la cîmpul (6), ci antrenează simultan întregul sistem; deci învăţarea este o funcţie a întregului organ cerebral.

Învăţarea este rezultatul unei operaţii de organizare logică a cunoaşterii. In măsura în care această organizare nu este posibilă, nici procesul învăţării nu poate să se desfăşoare normal.

Allport a afirmat că organizarea mintală constituie "cheia personalităţii". Pornind de la relaţia dintre persoană şi funcţionalitatea acesteia în univers - învăţarea - este clar că trebuie să afirmăm că învăţarea este un proces intra - şi intersistemic. Învăţarea nu poate fi considerată o funcţie a ţesutului nervos, ci un proces al întregului sistem al persoanei. Modelarea cibernetică constituie singura metodologie de studiu şi înţelegere a dublei probleme: organizarea mintală şi procesul de învăţare. Învăţarea " în strictă sensu" (J.Piajet), cea organizată instituţional, se foloseşte în principal de comunicarea prin codul lingvistic, prin limba vorbită sau scrisă. "Limba -spune W.H. Mac Gintie - transmite cunoştinţe, dar nu le conţine. In cele din urmă, importanţa limbii constă în ceea ce înţelegem noi din ea".

Învăţarea nu constituie un proces în sine, ci unul de intercomunicare şi intercomprehensiune. Pentru ca limba să devină un instrument al gîndirii, ea trebuie integrată sistemului limbajului uman. W.H. Mac Gintie, rezumînd cele mai recente cercetări asupra limbajului şi a implicaţiilor acestuia în procesul de învăţare, face următoarea afirmaţie: " fără limbaj nu s-ar concepe învăţarea", ne referim la învăţarea " în strictă sensu".

Orice segvenţă în cadrul procesului de învăţare presupune o comunicare complexă paralingvistică, care nu poate fi recepţionată, decodată şi interpretată decît prin intervenţia codului lingvistic cunoscut de parteneri şi anume limba. Limba în unităţile ei fundamentale (cuvinte, noţiuni, concepte) sintetizează semnificaţiile, simbolurile, sensurile evenimentelor, realităţilor, relaţiilor din lumea exterioară şi interioară. Limba constituie o structură de semne care îşi capătă coeziune şi unitate, devenind instrument de comunicare interumană. Ea are capacitatea de a asimila simbolurile, semnificaţiile şi a le încorpora în substanţa lingvistică, de a le asambla în structurile verbite şi de a putea să le imprime un grad de operaţionalitate.

Toţi cercetătorii consideră că la deficienţii mintali există o disociere a sistemelor de semnalizare sau o disfuncţie verbală.

Intre primul sistem de semnalizare (nivelul senzorial) şi cel de-al doilea sistem (cel verbal) se creează, prin efectele deficienţei mintale, o disfuncţie: compartamentul verbal nu mai intră în coneziuni de reglaj cu compartamentul motor. Ele acţionează disfuncţional şi deci comportamentul final este de tip aleator. Învăţarea prin intermediul verbalizării este foarte dificilă la deficienţii mintali. Cuvîntul nu poate deveni un stimul condiţionat decît în foarte mică măsură. Dată fiind interdependenţa limbaj-gîndire-învăţare, vei arăta, din practica logopedică, un caz concludent: o dislalie polimorfă cauzată de lezarea organelor fono-articulatorii, mai exact o operaţie prea tîrzie a frenului. Influenţa negativă a tulburării de limbaj asupra procesului învăţării s-a constatat în clasele I-IV şi pe parcurs, deşi copilul avea o dezvoltare intelectuală normală, un auz fonematic foarte bine dezvoltat, deosebite abilităţi practice. Tratamentul logopedic s-a aplicat la grupa de tulburări cuplate (dislalie şi dislexegrafie), reuşind doar o ameliorare a tulburării; s-a obţinut pronunţarea corectă a sunetelor "s", "z", "ş", "j", "ţ", rămînînd în continuare afectată vibranta "r".

In concluzie, putem face afirmaţia că limbajul se constituie ca sistem în ansamblul sistemic al psihicului uman, într-o altă modalitate, ca subsistem al gîndirii, al intelectului, între limbaj şi celelalte sisteme existînd relaţii intrasistemice, intersistemice şi parasistemice.

Bibliografia la autor.

SPECIFICUL TULBURARILOR DISLEXO-GRAFICE LA ELEVUL DEFICIENT MINTAL SI TERAPIA ACESTORA IN VEDEREA INTEGRARII LUI SOCIALE

MADLENA MONCEA

Scoala ajutătoare Iasi

Deficienţele mintale pot permite structurarea unei personalităţi umane şi a unor nivele de conştiinţă socială care se dezvoltă în ritmuri proprii în cadrul procesului de educaţie. Acest fapt fundamental are două consecinţe în practica socială: - prima operează în direcţia necesităţii indubitabile de învăţare a limbii vorbite şi scrise, ca o premiză a socializării: cea de a doua motivează cu ajutorul datelor ştiinţifice actuale necesitatea unei metodologii specifice de tratare a elevilor logopaţi din şcoala ajutătoare.

Deficienţa mintală reprezintă o modalitate specifică de organizare structurală şi funcţională a activităţii mintale. Intre structură şi organizarea mintală şi structură şi organizarea limbajului există un raport coacţional. Învăţarea limbii şi dezvoltarea limbajului sînt căile principale de stimulare, restructurare şi progres al activităţii mintale, ale formării personalităţii.

La deficientul mintal există o simptomatologie manifestată în limbajul expresiv, în vorbire deci, în modalitatea de a învăţa şi a folosi limba.

Procesul de logopedizare în acest caz se desfăşoară concomitent cu procesul de învăţare a limbii.

La deficientul mintal caracterul afazoid al tulburărilor fonoarticulatorii este fundamental, mişcările fonoarticulatorii se realizează cu mare dificultate. Implicaţii ale acestei disfuncţii devin şi mai semnificative în procesul de învăţare a limbii scrise şi citite.

Complexitatea procesului de însuşire a limbajului oral şi mai ales scris, la deficienţii mintali, ridică dificultăţi care pot cauza eşecuri şcolare şi de integrare în societate.

Prin corectarea lexiei şi grafiei urmărim să recuperăm şi să integrăm social deficientul mintal astfel încît să poată

Scanned with OKEN Scanner

face faţă comandamentelor sociale.

Pentru corectarea dislexico-grafiilor existente la elevii logopaţi aflaţi în tratament am urmărit examinarea nivelului deprinderilor de citit scris, adoptînd metode şi tehnici de lucru adecvate posibilităţilor elevilor.

Printre cele mai utilizate metode putem enumera:

- citirea idependentă; citirea dirijată; conversaţia tematică; memorare şi reproducere; povestiri orale cu început dat; povestiri după imagini; recunoaşterea unor propoziţii cu ajutorul unor cuvinte disparate; scurte compuneri orale, dictări de cuvinte, propoziţii de text cunoscut; copieri de texte; teme scrise cu sarcină dată; corectarea temelor scrise.

Din multitudinea metodelor utilizate în activitatea de corectare logopedică am considerat necesar să exemplificăm practic o modalitate de lucru eficientă. Am plecat de la premise că se pot corecta disgrafiile prin exerciţii repetate de copiere avînd în vedere că textul propus este mai întîi citit de elevi, aceştia cunoscînd conţinutul textului, înţelesul cuvintelor.

S-a propus elevilor logopaţi aflaţi în tratament un test care să cuprindă obiective logopedice precise privind corectarea deficienţelor dislexo-grafice. Testul propus constă dintr-o copiere a unui text care vizează următoarele obiective:

1. raportul dintre percepţie şi motricitate prin coordonare oculo-manuală;
2. analiza modalităţilor de radare a grafemelor;
3. analiza dinamicii proporţiilor între erori fonetice, lexicale şi sintactice;
4. relevarea modului cum se manifestă corelarea dintre expunerea verbală şi cea scrisă;
5. dezvoltarea atenţiei şi acuităţii vizuale;
6. discriminarea simbolurilor;
7. respectarea spaţiului grafic;
8. copierea corectă, clară, succesivă;
9. respectarea semnelor de punctuaţie;
10. cercetarea fenomenelor şi implicaţiile psihologice şi fonologice care explică frecvenţa greşelilor;
11. evidenţierea nivelului la care s-a ajuns în formarea deprinderilor de scris citit în urma tratamentului logo-

pedic.

12 - Stabilirea unei terapii eficiente pentru corectarea deficienţei.

Proba de copiere a textului propus, s-a aplicat unui lot de 24 elevi logopaţi care prezentau acelaşi diagnostic.

In urma analizei probelor s-au constatat următoarele:

- dese erori în diferenţierea vizuală a literelor datorită slabei activităţi de sinteză şi analiză;
- confuzii în raport cu axa verticală la literele bazate pe bucle; exemplu: -.b - d -
- confuzii între litere cu formă apropiată,exemplu: m - n
- inversiunea ordinii în scrierea şi citirea literelor.

Omisiunea unor elemente grafice (bastonaş la n virgulă la ş;

- omisiuni de silabe, exemplu şcoală - şclă -, de consoane sau permutarea lor, datorită insuficientei capacităţi de analiză optică a cuvintelor;
- inversiuni cinetice totale exemplu: nu în loc de un;
- cuvinte incomplete; lipsa finalului cuvintelor exemplu: clasele - clase, scriere lacunară, salturi peste cuvinte sau rînduri întregi;
- scriere dezordonată, alternanţa literă mare de mînă,literă mică de mînă.

Aceste deficienţe prezente în testele elevilor se datoresc unor infirmităţi care rezultă din limitările funcţiilor senzoriale sau anomalii în organizarea dinamicii circuitelor cerebrale care coordonează actul complex al limbajului.

Incapacitatea de a lega simbolurile grafice adesea insuficient recunoscute, cu formele, adesea insuficient identificate, apare în mod inegal, pe de altă parte dificultăţile de a analiza o serie temporo-spaţială şi de a opera transferul simbolic dintr-o serie spaţială într-una temporală şi invers determină integrarea dislexo-grafiei de evoluţie în patologia centrală a limbajului.

Cercetînd atît testele cît şi grupele de elevi logopaţi dislexo-grafici am constatat următoarele:

- dislexo-grafiile pot apare ca urmare a tulburării funcţiilor perceptive;
- pot fi urmări ale unor carente afective şi a dezinteresului

familial;

- se pot caracteriza prin dificultăţi de exprimare orală şi scrisă prin imaturitate sau dizarmonie psiho-motorie.

Din analiza întreprinsă rezultă că 14,3% din elevii logopaţi aflaţi în tratament prezintă încă deficienţe pronunţate atît din punct de vedere dislexic cît şi disgrafic.

Au înregistrat progrese vizibile 65,7%; 20% prezentîndu-se staţionari.

Cercetarea dislexo-grafiilor se realizează într-un îndelungat proces terapeutic care presupune respectarea unor măsuri logopedice bazate pe exerciţii multiple şi variate. Enumerăm cîteva din exerciţiile pe care le-am utilizat în terapia logopedică:

- înţelegerea codului de simbolizare a sunetului în semn;
- exerciţii pentru reducerea schemei corporale;
- exerciţii de orientare şi structurare spaţio-temporară;
- exerciţii pentru studiul literelor, asocierea literei cu un cuvînt cheie, cu un desen adecvat şi scrierea literei cu altă culoare, corectarea grafemei afectate;
- decuparea literelor (carton, hîrtie şi lipirea lor pe foi albe);
- modelarea literelor din plastilină.

In vederea obţinerii unei articulări corecte şi clare am efectuat exerciţii pentru dezvoltarea auzului fonematic, vizînd în acelaşi timp eliminarea deformărilor şi adăugirilor;

- claritatea vocii;
- claritatea pronunţiei.

Exerciţii pentru dezvoltarea aparatului fonoarticulator.

Toate acestea s-au realizat prin demonstraţii în faţa oglinzii logopedice prin articularea model, prin prezentare de planşe cu imagini urmărindu-se analiza sonoră şi diferenţierea sunetelor apropiate.

Am urmărit în permanenţă o corelare deplină între citit şi scris, automatizarea achiziţiilor constituind o condiţie esenţială.

La deficientul mintal datorită rigidităţii proceselor cerebrale, dezvoltarea unui automatism durează foarte mult.

Activitatea de corectare a dislexo-grafiilor aşa cum a arătat şi testul este o activitate minuţioasă şi de durată, ea se

bazează pe o intensă muncă de dezvoltare a spiritului de observaţie, atenţie, dezvoltarea gîndirii şi vorbirii elevului.

Eficacitatea metodelor se raportează la gradul de varietate al tehnologiilor folosite la relaţiile afectiv-emoţionale dintre logoped şi logopat şi la realizarea diferenţiată a exerciţiilor în funcţie de eficienţa scris-citit.

Prin corectarea dislexo-grafiilor urmărim că atît scrisul cît şi cititul să devină mijloc de comunicare şi realizare a unui mesaj plin de semnificaţii logice care să facă posibilă înţelegerea cu deficientul mintal în structura socială a societăţii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arcan R., Ciumăgeanu I.: Metodologia învăţării limbii române în şcoala ajutătoare; Edit. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1982.
2. Păunescu C.: Tulburările de limbaj la copil; Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1984.
3. Păunescu C.: Dezvoltarea vorbirii la copil şi tulburările ei. Edit.didactică şi pedagogică Bucureşti, 1962.
4. Verza Em.: Dislalia şi terapia ei. Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1977.
5. Verza Em.: Disgrafia şi terapia ei. Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983.

TERAPIA TULBURARILOR DISLEXIEI-DISGRAFIEI LA SCOLARII DEBILI MINTAL

MIHAELA PETREANU

Scoala ajutătoare Iaşi

Lucrarea de faţă îşi propune să facă o analiză succintă a caracteristicilor dislexiei-disgrafiei la elevul debil mintal, urmată de prezentarea unor metode şi procedee necesare terapiei în cadrul acestor tulburări.

Activitatea fundamentală prin care omul a evoluat de la starea de primat la aceea de fiinţă socială şi prin care a transformat mediul şi a cucerit o parte din univers, a fost limbajul articulat, instrument de comunicare şi mijloc de înţelegere interumană. Intreaga cultură şi civilizaţie a fost posibilă prin utilizarea informaţiei izvorîte din cunoaştere sub forma simbolurilor, semnificaţiilor, noţiunilor şi conceptelor. In dezvoltarea psihicului copilului limbajul constituie partea de esenţă. De aceea, perturbările sau stagnările intervenite în procesul de structurare şi de dezvoltare a limbajului produc grave consecinţe asupra dezvoltării întregii personalităţi şi a relaţiilor sociale.

Invăţarea scrierii constituie una din cele mai dificile activităţi umane. Necesitatea învăţării unei scrieri corecte şi faptul că întreaga cultură se bazează pe abilitatea de a comunica prin scris şi de a citi, generează unele probleme delicate în jurul acestei activităţi, drept pentru care un autor francez numea disgrafia şi dislexia "maladia secolului".

Autori recenţi susţin că aproximativ 6-20% dintre copii de vîrstă şcolară prezintă dificultăţi în învăţarea scrisului şi descifrarea acestuia. Greutatea constă în faptul că şcolarii nici nu pot lega pe plan mintal sunetul de semnul grafic, ori nu pot identifica sunetele ce compun un cuvînt scris. Cei ce nu pot învăţa scrierea, nu vor învăţa nici citirea din aceleaşi cauze.

Categoria care prezintă dificultăţi majore în procesul de dezvoltare a personalităţii şi integrării sociale este categoria deficienţelor mintale şi intelectuale.

Deficienţa mintală nu înseamnă numai un grad de nedezvoltare a inteligenţei, ci un mod de organizare generală a personalităţii ca o consecinţă a unei tulburări a procesului de dezvoltare şi organizare mintală.

Reuşita acţiunii de educaţie nu priveşte în principal înlăturarea maladiei care a tulburat structura mintală, ci modul cum trebuie contracarate efectele acestei tulburări pe linia dezvoltării personalităţii, pentru ca copilul să se dezvolte cît mai aproape de normalitate.

Din cercetările specialiştilor s-a constatat că la deficienţii mintali există o proporţie ridicată şi variată a tulburărilor de limbaj, care au repercursiuni asupra comunicării, recepţionării acestuia, dar şi asupra operării în plan mintal.

Handicapurile de limbaj îngreuiază mult prelucrarea informaţiei şi operarea ei în plan logic cu idei, ceea ce împiedică asimilarea şi automatizarea regulilor ortografice.

Complexitatea fenomenelor de dislexie şi disgrafie se datoreşte faptului că ele se petrec simultan în trei domenii diferite de percepţie (auditiv, optic, kinestezie), care au fiecare particularităţile lor deosebite.

In şcoala ajutătoare s-a remarcat că în clasele a III-a există cazuri de dislalie, disgrafie şi dislexie, cazuri care sînt foarte frecvente pînă în clasele a IV-a - a VII-a.

Greşelile de tip disgrafic apar frecvent în compuneri,dictări şi alte probe de cuvinte.

a). In primele clase apar cazuri cînd elevii nu pot lega părţile componente ale literei, alţii văd literele, le copiază corect forma, dar nu le pot recunoaşte. Nu pot trece de la sonor la schema grafică.

b). Există dificultăţi de legare a două sau mai multe grafeme care reprezintă o silabă, un cuvînt, deşi izolat recunosc literele, le scriu corect.

c). Deprinderea de a literaliza cuvintele frînează adesea o lexie corectă.

d). Unii elevi nu pot analiza un cuvînt nou,dificil, de aceea ei caută să-i ghicească structura fonetică; îl înlocuiesc cu altul cunoscut de ei sau sinonim (ex.:„spor" - "sport".

e). Apar greutăţi în transcrierea unor foneme asemănătoare

din punct de vedere al formei sonore ("p" cu "b") sau datorate asemănării spaţiale ("o" cu "a") - acestea apărînd în citire,dar şi în scriere.

f). Grave erori generează cuvintele complexe cu grupe de consoane.

g) Diferenţierea sunetelor compuse a grupelor de litere: ce, ci, ge, gi, che, chi, ghe, ghi, rămîne pentru mulţi elevi, chiar din clasele mari o problemă nerezolvată.

Lipsa capacităţii de abstractizare se transferă şi pe planul grafic prin: omisiuni de silabe, litere: r,i,e,u, e,ă,l,t,p; de vocale şi consoane finale, de diftongi, triftongi, înlocuiri sau substituiri de litere, silabe: m n; u n, b d, g s, ă a, b p, d t, f v etc.; adăugiri: a,i,e,n, deformări de cuvinte ("plimbae" în loc de "plimbare"), contopiri sau fuziuni (amfost", neducem etc.),repetări de cuvinte, agramatisme (despărţiri greşite în silabe, scrierea substantivelor comune cu literă mare, iar a celor proprii cu literă mică).

Toate aceste aspecte se datoresc faptului că elevii deficienţi mintal nu posedă o schemă integratoare care să poată fi descompusă. Specificul de bază al scrisului oligofrenului este dat de omisiuni masive nu de grafeme, ci de cuvinte, silabe, grupuri de cuvinte.

In ceea ce priveşte estetica scrisului lor, acesta se prezintă dezordonat, rigid, neregulat, stîngaci, cu proastă organizare a paginii şi erori de formă şi proporţie. S-a făcut şi o tipologie a disgraficilor. Se vorbeşte de disgrafie: rigid,lipsit de vigoare, impulsiv, impulsiv, neîndemînatic , încet, cu crampe. Logopedul studiază tipurile de greşeli, cauzele care le generează, după care trece la alcătuirea programului terapeutic, ţinînd seama de particularităţile de vîrstă şi individuale ale elevilor. Se impune, totodată şi executarea unor examene medicale: ORL, neurologic, oftalmologic, psihologic, pentru a se determina gradul de integritate neurologică, fiziologică şi psihologică.

Luînd în consideraţie coexistenţa stîngăciei cu tulburările de scris-citit, problema dominanţei şi a examenului lateralităţii este de mare importanţă în practica logopedică.

In continuare, tratamentul începe cu executarea unor exerciţii pentru dezvoltarea motricităţii globale, coordonarea fine-

ţei manuale, educarea ţinutei corporale, dezvoltarea acuităţii şi memoriei vizuale şi auditive, dezvoltarea ritmului, a auzului fonematic, exerciţii de analiză şi sinteză a elementelor grafice.

Copilul învaţă citirea scriind şi scrisul citind. Corectarea digrafiei şi dislexiei se face în paralel.

Se fac exerciţii de analiză fonetică, exerciţii de articulare a sunetelor afectate, paralel cu prezentarea literelor respective. Începem cu grafemele care se deosebesc între ele, iar la sfîrşitul învăţării cu cele care se aseamănă. Se reliefează caracteristicile optice ale literelor (ex: buela lui "o" să fie pusă mai sus, evitînd astfel confuzia lui cu "a"). Se va face prezentarea literei şi denumirea ei la intervale foarte scurte de timp. Se realizează exerciţii de recunoaştere a literei cu antrenarea altor analizatori (ex.pipăitul).

Se face descompunerea literei în părţi componente şi apoi conturarea ei cu ajutorul diverselor materiale (plastilină, beţişoare, sîrmă), precum şi desenarea, colorarea şi decuparea ei.

Exerciţiile de copieri active sînt precedate de exerciţii de citire şi se fac sub forma unor dictări vizuale de silabe, cuvinte, sintagme. Niciodată literalisat. Grafemele afectate sînt colorate. Disgraficul repetă înainte de a scrie ce grafem va colora şi cu ce culoare.

Înainte de a fi scrise, cuvintele sînt analizate fonetic. Disgraficul va şti precis cîte grafeme are de scris. Se citeşte ce s-a scris. Întîi citeşte logopedul model, apoi asociat. Silabele sînt marcate prin bătăi din palmă, grafemele prin îndoirea degetelor.

În general, se porneşte de la cuvinte monosilabice, formate din două trei foneme. Ex. ac, an, am, ar, ban, bon, box, cot, cub etc.

După însuşirea cuvintelor monosilabice, trecem la cuvinte bisilabice, apoi tri şi polisilabice.

Trecem la dictarea de mici propoziţii, care apoi se măresc. Alcătuim mici propoziţii cu ajutorul alfabetului decupat.

Ex. Am un ac. Car un cog. Tata e dus în oraş etc.

Se acordă mare atenţie cuvintelor care-l cuprind pe "î". Se face analiza fonematică. Se scriu cuvinte şi propoziţii care conţin această literă? gît, cît, rît, vînt, cînt. Ţine lină în

mînă.

Apoi, se face analiza fonematică a cuvintelor care cuprind diftongii: "ai", "oi", "ni", "ea", "oa".

Ex. ai, cai. Ai cai.
oi, boi. Am doi boi.
ea, mea. Ea cosea
au boabe. Am boabe etc.

Apoi se vor face exerciţii cu diftongii "au", "ei", "ia", "ou" şi triftongii: "eau", iau, iai etc.

Prezentarea de cuvinte şi propoziţii care cuprind combinaţii de consoane. Acestea trebuiesc pronunţate cît mai răspicat şi alungit. Ex.: c - scrie; g-fulg; l- alb.

Cuvinte în care una din silabe se repetă identic sau cu o consoană în plus. Pentru aceasta, se pronunţă separat, cu ajutorul unei scurte pauze cele două silabe identice. Cînd elevul nu percepe dublarea, o evidenţiem, scriindu-i noi cuvîntul ca să-i putem demonstra prin văz fenomenul. Făcînd analiza fonematică la mai multe cuvinte, ajungem la înţelegerea lor.

Greutăţi mari sînt în scrierea cuvintelor cuprinzînd asocierile de foneme: "ce", "ci", "gi", "ge", "che, "chi", ghe, "ghi". Pentru a evita confuziile ce apar între aceste grupe de sunete, trebuie să comentăm amănunţit cîteva exemple concrete, să facem scrierea lor corectă, pînă cînd sîntem convinşi că elevul a înţeles.

Ex.: ce: ceas, ceai, ceapă. Cere ceva
ci: ciob, cioc, circ, ciorbă. Cioara are cioc
ge: gem, ger, geană. Gerul e pe geam
gi: gips, Gică, Gina e cu Gicu.
che: chef, chel. Il chem pentru cheie
chi: chin, chip. E chin să taci chitic
ghe: ghem,gheaţă. Ghemul e pe gheaţă
ghi: ghiozdan, ghiveci. A pus ghiozdanul pe ghişeu.

Pentru evitarea dizortografiilor la cuvintele "la" "le" "se" "s-a"; ia" -„i-a" "sau" "s-au", "iau",„i-au" etc. dictăm propoziţii scurte care conţin numai una din formele de cuvînt care se confundă, comentăm scrierea corectă sau eroarea făcută. Apoi le dictăm în aceeaşi propoziţie.

Ex.: sa - s-a
Casa sa e mare. El s-a dus în oraş.
sau - s-au
El vine sau pleacă. Ei s-au dus la mare
ia, i-a
Vrea să ia două mere. I-a dat o carte
la, l-a
Ina e la ea. El l-a scris etc.

Exerciţiile care se repetă îndelungat, trebuiesc diversificate pentru a atrage atenţia dislexicului şi disgraficului.

Se mai realizează şi exerciţii de scriere independentă, prin denumiri de imagini, alcătuirea de propoziţii cu cuvinte date, clasificarea cuvintelor după anumite criterii. Toate sînt exprimate oral, apoi scrise, recitite şi corectate, dacă este cazul.

Se pot identifica literele afectate în texte, jocuri de cuvinte, cuvinte paronime, versuri, ghicitori etc.

Activitatea logopedică desfăşurată cu elevii debili mintal necesită o participare afectogenă puternică. Se pot obţine rezultate positive numai atunci cînd logopatul vine cu plăcere, regulat la ore şi doreşte sincer să participe la corectarea sa.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Calavrezo C.: Metode şi procedee pentru corectarea disgrafiei-dislexiei. Edit.didactică şi pedagogică Bucureşti, 1967.
2. Păunescu C.: Tulburările limbajului scris. Edit.didactică şi pedagogică Bucureşti, 1967.
3. Păunescu C.: Copilul deficient - cunoaşterea şi educarea lui. Edit.ştiinţifică şi enciclopedică Bucureşti, 1983.
4. Verza Em.: Analele universităţii Bucureşti, 1971, 2o.
5. Verza Em.: Disgrafia şi terapia ei. Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983.

Scanned with OKEN Scanner

CONTRIBUTIA PROFESORULUI LOGOPED LA INLATURAREA INSUCCESULUI SCOLAR

VALENTINA IOAN
Centrul logopedic Iaşi

Avînd în vedere legătura indisolubilă între limbaj - gîndire - personalitate, este firesc ca tulburările de limbaj să afecteze întreaga activitate şcolară a elevului.

In intenţia de a deschide o discuţie despre contribuţia profesorului logoped la reuşita şcolară, am considerat necesar să ne referim la început la conceptele de succes şi insucces scolar, apoi la relaţia dintre tulburările de limbaj şi insuccesul şcolar, urmînd ca, în continuare, să prezentăm cîteva aspecte referitoare la contribuţia terapiei logopedice la înlăturarea insuccesului şcolar.

1. Intre condiţiile care influenţează, într-o măsură hotărîtoare randamentul şcolar al elevilor, la loc de frunte se înscriu succesul şi insuccesul. In sens pedagogic prin succes se înţelege obţinerea de rezultate pozitive în ceea ce priveşte învăţătură şi comportarea elevilor. Aprecierea succesului este efectuată în raport cu situaţia anterioară a elevului şi cu nivelul cerinţelor programelor şcolare. El este rezultatul activităţii instructiv-educative, al influenţelor exercitate de şcoală şi de alţi factori educaţionali asupra personalităţii elevului.

"Succesul, arată D.Salade, polarizează energia, dă avînt creaţiei şi devine permisă a noi succese. Nimic nu poate convinge mai uşor, nu poate atrage mai mult şi nu poate determina o apropiere mai mare a elevilor de profesor decît reuşita pe care acesta a favorizat-o, sprijinit-o, apreciat-o" (5.p.3). Reuşita stimulează activitatea elevului. Succesul devine astfel mijloc educativ pentru elevii care nu reuşesc sau reuşesc greu să se afirme.

Nu trebuie ignorat nici faptul că succesul poate avea şi efecte negative, contrare celor aşteptate. Este cazul succeselor obţinute prea uşor, fără muncă, ai celor generate de egoism.

Datoria profesorului este de a transforma succesul într-un instrument eficace al muncii sale, în vederea prevenirii insuccesele şcolare.

Insuccesul este o noţiune contrară succesului, desemnînd eşecul, nereuşită. El reflectă un decalaj între posibilităţile subiective şi randamentul în muncă şi indică, pe plan şcolar, o pon-

manţă scăzută în raport cu cerinţele programei şcolare şi care are drept implicaţii directe rămînerea în urmă la învăţătură, corigenţa sau pierderea anului şcolar (repetenţia).

Eşecul şcolar poate avea cauze diferite: atitudinea negativă a elevului faţă de învăţătură, comportarea sau competenţa necorespunzătoare a profesorului, nivelul scăzut de dezvoltare intelectuală a copilului, mediul familial necorespunzător etc. Este adevărat că unele insuccese pot uneori să aibă efecte pozitive, stimulînd activitatea viitoare a elevilor (mai ales a elevilor buni, ambiţioşi) dar de cele mai multe ori insuccesele influenţează negativ- activitatea elevilor. Sigur, aici intervine profesorul, combătînd efectele negative ale nereuşitei, ajutîndu-l pe elev să nu se lase depăşit de dificultăţi, transformînd insuccesul în prilej de noi încercări şi acţiuni pozitive.

Aceasta presupune o cunoaştere profundă a individualităţii copilului şi capacitatea de a utiliza succesele dobîndite ca pîrghie pentru obţinerea altora.

2. Limbajul ca subsistem al sistemului psihic, uman este condiţionat de acesta şi, la rîndul lui, influenţează viaţa psihică a omului, conduita şi activitatea sa.

Experienţa şcolară, o serie de cercetări evidenţiază faptul că elevii cu tulburări de limbaj au un randament şcolar redus datorită posibilităţii scăzute de integrare în activitate. In condiţii normale de dezvoltare a personalităţii umane şi de evoluţie a vorbirii şi scris-cititului, se poate surprinde o relaţie subtilă între cele două elemente, în care progresul sau regresul uneia atrage după sine caracteristici similare în domeniul celeilalte. Fără îndoială că, în primul rînd, tulburările de vorbire induc modificări negative în sfera personalităţii individului.

Insă, experienţa şi cercetările în materie au pus în evidenţă faptul că, dintre toate formele limbajului, scrisul poartă cel mai mult amprenta personalităţii, influenţînd decisiv- randamentul şcolar al elevului.

Tulburările limbajului scris-citit, cît şi cele de vorbire sînt trăite de logoped în mod dramatic şi aceasta cu cît el se află pe o treaptă de dezvoltare ontogenetică mai înaltă şi dispune de o sensibilitate psihică mai mare. Frămîntările, tensiunea şi permanentă determină terturbaţii în organizarea şi sistemati-

zarea activităţii psihice, scăderea încrederii în forţele proprii, ceea ce influenţează negativ rezultatele sale şcolare.

Handicapurile limbajului verbit şi scris-citit, mai cu seamă cînd sînt sancţionate negativ de cei din jur, afectează relaţiile dintre subiect şi colectivul şcolar, prejudiciază integrarea individului în viaţa socială.

Cu cît deficienţele de verbire şi de scris-citit sînt mai accentuate, cu atît drama individului este mai mare şi rezultatele şcolare sînt mai slabe. Eşecurile şcolare repetate determină o atitudine negativă faţă de activitatea de învăţare în general.Cu timpul, asemenea stări stressante, de insatisfacţii, deprimare şi tensiune antrenează o hipersensibilitate afectivă,conducînd la instalarea "complexelor psihice", a stărilor de frustraţie, la neîncredere, închiderea în sine şi în unele cazuri la disoluţia personalităţii. In alte cazuri, chiar dacă nu se ajunge pînă aici, se constată o scădere marcată a interesului pentru activitatea şcolară şi uneori chiar pentru orice formă de activitate(abulie) datorită faptului că motivaţia nu mai deţine un rol de dinamizare la acţiune.

Şi mai accentuate devin dereglările de personalitate ale subiecţilor cu tulburări de limbaj cînd acestea apar pe fondul unor deficienţe senzoriale, cum sînt cele de vedere sau de auz,unde nu este alterat intelectul.

La majoritatea subiecţilor cu deficienţe senzoriale dobîndite, tulburările de personalitate manifestă tendinţa de a se accentua în perioada şcolarităţii, datorită nereuşitei şi a imposibilităţii de adaptare. Cînd climatul afectiv nu este favorabil (colectivul clasei, părinţii, rudele,prietenii) disconfortul psihic se accentuează, ceea ce influenţează negativ asupra întregului comportament al subiectului.

In consecinţă, rezultatele muncii sînt strîns legate de comportamentul verbal al individului.

Una din direcţiile de acţiune cele mai importante menită să contribuie la obţinerea succesului şcolar şi deci la înlăturarea insuccesului, o reprezintă prevenirea şi terapia tulburărilor de limbaj, de orice formă ar fi ele.

3. Invăţămîntul din ciclul primar are, cu precădere un caracter instrumental, întrucît urmăreşte îndeosebi să-i pună pe elevi în posesia principalelor instrumente de muncă intelectuală: verbit,

citit, scris, secotit. In consecinţă, profesorul logoped în şcoală, ocupîndu-se cu terapia tulburărilor limbajului oral şi scris, poate aduce o contribuţie hotărîtoare la integrarea şcolară şi socială a copiilor handicapaţi în ceea ce priveşte exprimarea verbală.

Astfel, pornind de la terapia tulburărilor de articulaţie, de citire şi scriere, logopedia poate ajunge - după caz - pînă la înarmarea elevilor cu diverse tehnici de muncă intelectuală în acest domeniu: întocmirea unui rezumat sau a planului unui text, expunerea orală şi scrisă, elaborarea unor compuneri etc. Activitatea logopedică îi ajută pe elevi sp-şi însuşească regulile şi deprinderile de ortografie şi punctuaţie. Mai mult, în limita timpului disponibil, logopedul - cu riscul de a ieşi din cadrul preocupărilor obiectului său - poate ajuta elevii care nu cunosc alfabetul, să şi-l însuşească.

Limitîndu-ne chiar şi numai la aceste cîteva aspecte, constatăm că aportul terapiei logopedice la însuşirea deprinderilor vorbit, citit şi scris corect şi conştient, cît şi a celor de activitate intelectuală este substanţial. De asemenea, exerciţiile de dezvoltare a exprimării orale şi scrise din cadrul activităţilor logopedice contribuie - în lumina legăturii indisolubile dintre gîndire şi limbaj - nu numai la formarea deprinderilor de exprimare corectă şi clară dar şi la dezvoltarea gîndirii, capacitate cu rol hotărîtor în asigurarea succesului şcolar în ansamblu. Explicaţiile, informaţiile administrate de profesorul logoped cu ocazia analizei conţinutului textelor citite şi sînt şi ele de natură să îmbogăţească vocabularul elevilor, să sporească zestrea spirituală a lor, să contribuie la realizarea educaţiei morale şi estetice a acestora.

Pe plan psihic, cunoştinţele, priceperile şi deprinderile achiziţionate de către elev cu ocazia activităţilor logopedice generează conştiinţa succesului în acest domeniu, succes care este trăit ca stare pe plan afectiv. De exemplu, succesele obţinute de un elev în ceea ce priveşte pronunţia corectă a unor sunete deficitare, sau progresele înregistrate în scris-citit îi dau încredere în forţele proprii, îi schimbă poziţia în grup, în clasă, este apreciat de învăţător, de colegi şi toate acestea sînt garanţii ale altor succese şcolare pentru că "legea progresului este legea succesului".

In activitatea noastră am folosit întotdeauna - cînd a fost cazul - efectele stimulative ale succeselor obţinute de copii în terapia tulburărilor de vorbire şi limbaj scris-citit.

Terapia tulburărilor de vorbire şi limbaj se efectuează de către profesorul logoped prin exerciţii şi activităţi logopedice individualizate, specifice fiecărui copil cu care se lucrează.Pentru a administra o terapie logopedică ştiinţifică şi o eficienţă superioară a acesteia, se impune ca şi în acest domeniu să se pornească de la înlăturarea cauzelor reale care au generat tulburările respective de limbaj şi vorbire.

Cauzele logopaţiilor sînt numeroase şi diverse, ca şi condiţiile interne prin care ele acţionează. Se impune aşadar,o tratare individualizată a cazurilor respective. Stabilirea unui just diagnostic al logopaţiilor (mai ales stabilirea diagnesticului diferenţial), cunoaşterea particularităţilor individuale, a mediului familial) a anturajului intim al copiilor cu care se va lucra,alegerea metodelor şi mijloacelor specifice de terapie logopedică,conjugate în permanenţă cu o înaltă pregătire profesională şi mai ales cu multă dragoste pentru copii, cu capacitatea de a le dărui afecţiune sînt cîteva condiţii care asigură eficienţă în munca profesorului logoped. Intre numeroşi factori obiectivi şi subiectivi care condiţionează reuşita terapiei logopedice considerăm că un rol deosebit îl are acţiunea psihoterapeutică desfăşurată de logoped pe tot cuprinsul terapiei logopedice şi care vizează personalitatea logopatului în ansamblu.In faza iniţială a acestui proces se stabileşte relaţia afectivă logoped-logopat, canalul afectiv prin care profesorul va acţiona asupra întregii personalităţi a copilului. Dacă s-a reuşit aceasta, înseamnă că există maximum de şanse ca logopatul să recepteze cu încredere, cu participare activă şi conştientă tot ceea ce profesorul logoped îl transmite.

Deoarece acum (în şcoala generală) se pun bazele viitoarei personalităţi, cu atît mai mare este rolul profesorului logoped care nu corectează doar deficienţe ale limbajului verbit, scris-citit, dar modelează şi trăirile interioare, corectează trăsături de caracter, contribuie în mare măsură la formarea personalităţii copilului.

Aceşti copii logopaţi beneficiază la cabinetul logopedic de un climat afectiv deosebit de cel al clasei, sînt în centrul aten-

ţiei, au posibilitatea să se manifeste neîngrădit, sînt solicitaţi nu numai intelectual ci şi afectiv, astfel capătă încredere,"se deschid", devin optimişti şi confortul psihic se reflectă în activitatea lor intelectuală. De exemplu:

H.D. în vîrstă de 8 ani cu diagnosticul de dislexie-disgrafie gravă manifestă o timiditate exagerată pe fondul unei nervozităţi şi agitaţii permanente. Afirmă un negativism accentuat faţă de activitatea şcolară, lipseşte nemotivat de la şcoală. Notele sînt foarte slabe: nu poate citi nici măcar pe silabe, nu efectuează sinteza fonetică deşi cunoaşte alfabetul. La dictare scrie doar o linie frîntă şi un o , în copiere face numeroase greşeli. Fetiţa "s-a legat" afectiv de logoped, este prezentă în fiecare zi la cabinet, chiar şi atunci cînd nu vine la şcoală.

După trei ani de terapie logopedică susţinută, fetiţa este total schimbată. Copiază fără nici o greşeală, scrie după dictare pentru nota 6-7, citeşte logic şi cursiv.Este veselă, conştiincioasă, manifestă iniţiativă, este iubită de colegi,sociabilă,îi place şcoala, nu lipseşte niciodată.

<u>Concluzii</u>: Tulburările din sfera limbajului impresiv sau expresiv, oral sau scris se răsfrîng negativ asupra vieţii şi activităţii şcolare a elevului.

Elevii cu tulburări de limbaj oral sau scris înregistrează insuccese şcolare, care la rîndul lor perturbă întregul comportament al acestora.

În consecinţă, se impune ca necesară prevenirea şi terapia tulburărilor de limbaj, de orice formă ar fi ele, în scopul recuperării şi integrării socio-profesionale a handicapaţilor de limbaj.

Terapia logopedică include un ansamblu de metode, procedee, mijloace,tehnici, forme de activitate adeptate la structura individuală a fiecărui logopat.

<u>Acţiunea psihoterapeutică</u> trebuie să preceadă orice procedeu şi să exercite pe toată durata terapiei logopedice vizînd atît corectarea deficienţelor de limbaj cît şi modelarea întregii personalităţi a elevului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Guţu M. - Logopedia, Cluj-Napoca, Centrul de multiplicare al Universităţii"Babeş-Bolyai",1975.

2.Hvattev M.E. - Logopedia (trad.de uz intern), Bucureşti, Institutul de Stiinţe Pedagogice,1959.
3.Păunescu C. - Introducere în logopedie, Bucureşti, Edit.Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1976.
4.Păunescu C.şi col.- Tulburările de limbaj la copii, Editura Medicală,1984.
5.Salade D. - Succesul şi semnificaţia sa pedagogică.Revista de pedagogie,1968,4.
6.Verza E. - Dislalia şi terapia ei. Edit.Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1973.
7.Verza E- Ce este logopedia? , Editura Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1982.
8.Verza E. - Disgrafia şi terapia ei, Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1983.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE PSIHOLOGICE ALE PROCESULUI DE INVATARE A CITIRII ŞI SCRIERII DE CĂTRE COPILUL DEBIL MINTAL CU TULBURARI DE LIMBAJ

RODICA LOZOVAN
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Scopul lucrării este de a studia aspectele psihologice ale citit-scrisului la debilul mintal cu tulburări de vorbire în vederea îmbunătăţirii procesului instructiv-educativ.

S-a urmărit formarea legăturilor temporare în cele două sisteme de semnalizare şi transpunerea acestor legături dintr-un sistem în celălalt şi rolul inhibiţiei în procesul de învăţare a citit-scrisului.

De asemenea, folosind o serie de procedee, s-a stabilit care sînt potrivite şi ar putea fi folosite în prevenirea sau înlăturarea dificultăţilor pe care le întîmpină debilul mintal cu tulburări de vorbire în însuşirea scris-cititului.

Metoda de cercetare a fost cea a observării zilnice pe tot parcursul terapiei logopedice a copiilor care au frecventat Centrul logopedic interşcolar Iaşi.

Citirea şi scrierea reprezintă în perioada însuşirii lor activităţi deosebit de propice pentru studierea formării legăturilor temporare la om.

Din materialul adunat s-au desprins o serie de probleme legate de particularităţile procesului de analiză şi sinteză şi probleme legate de trezirea interesului pentru însuşirea citit-scrisului.

La debilul mintal se impune la început cunoaşterea temeinică a particularităţilor activităţii nervoase superioare pentru a găsi şi folosi metodele cele mai potrivite pentru uşurarea activităţii. Studierea reflexelor condiţionate permite încă din primele luni ale vieţii să se descopere particularităţile şi defectele în activitatea scoarţei cerebrale a copilului.

Adaptarea la condiţiile complexe ale mediului depinde în primul rînd de uşurinţa formării legăturilor nervoase temporare.

Particularităţile formării legăturilor nervoase temporare au fost studiate în cercetarea noastră cu probe de memorare de cuvinte şi imagini.

In prima parte copilului i s-au prezentat şase perechi de ima-

gini. I s-a cerut să caute perechea din mai multe imagini pe care le avea în față. Trebuia să găsească între mai multe imagini pe cea identică cu cea acoperită. Procedeul s-a repetat de două ori, s-au reținut numărul total de memorări corecte la cele două prezentări.

Formarea legăturilor nervoase la nivelul primului sistem de semnalizare este la copilul întîrziat mintal puțin deficitară, copiii întîrziați reținînd cu 17 % mai puține imagini decît cei normali.

La formarea legăturilor temporare cu predominanță la nivelul celui de-al doilea sistem de semnalizare s-au prezentat șase perechi de cuvinte. Copilului i se cere să reproducă cuvîntul acoperit. Aici diferențele sînt mari.

In general s-a observat că există dificultăți în transpunerea legăturilor din primul sistem de semnalizare în al doilea și invers.

Este bine să se folosească cît mai mult material intuitiv și este necesară verbalizarea lui.

La debilul mintal, în procesul însușirii citit-scrisului timpul în formarea legăturilor nervoase temporare joacă un rol deosebit. Timpul mărit are efecte pozitive asupra calității și ușurinței în elaborarea legăturilor verbale. Succesiunea rapidă a stimulenților nu permite la acești copii retragerea excitației provocate de un stimulent pentru a se da posibilitatea analizei optime a stimulentului următor, datorită inerției, mobilității reduse a proceselor nervoase.

Legăturile temporare nou formate sînt mult timp instabile. Una dintre cele mai frecvente cauze ale instabilității legăturilor nervoase este inhibiția prin inducție negativă. Inhibiția negativă asupra excitației prezente poate proveni și din perseverarea urmelor excitațiilor provocate de stimulenții anteriori. De exemplu, cuvîntul Mica citit sau pus după Mara poate fi citit Mara.

Procesul de citire și cel de scriere presupune realizarea unui complex mozaic de excitații și inhibiții corticale. Lipsa la debilul mintal a unui echilibru dinamic între punctele excitate și cele parțial inhibate, poate duce la numeroase erori care constau în intercalarea înainte de vreme a unor litere sau în omiterea lor.

O atenție deosebită trebuie acordată inhibiției condiționate în procesul însușirii citirii și scrierii și pentru ușurarea

însuşirii acestora, în special la cei cu tulburări de vorbire, este necesară sprijinirea pe mai mulţi analizatori.

Activitatea diferiţilor analizatori la copilul debil mintal este deficitară dar nu în aceeaşi măsură la toţi copiii. Pentru studierea particularităţilor inhibiţiei de diferenţiere în analizatorul auditiv şi verbo-motor, s-au utilizat perechi de cuvinte cu sunete apozante, cum ar fi: beală-peală, tebă-debă, bere-pere, ger-cer.

Pe baza acestor cuvinte s-au formulat apoi propoziţii, cum ar fi: Ce ger e azi - Ce cer e azi. Eu iau bere - Eu iau pere.

S-a observat că elevii debili mintal întîmpină greutăţi serioase în analiza auditivă şi mai ales articulator-kinestezică a cuvintelor, de aceea este absolut necesară completarea analizei auditive cu cea vizuală. In cadrul exerciţiilor de analiză trebuie să se folosească de pronunţarea cu mişcări bine conturate ale aparatului fonator, astfel ca logopatul să perceapă şi vizual imaginea sonoră a sunetului.

O importanţă deosebită trebuie să se acorde analizei verbo-kinestezice şi în special muncii de corectare a pronunţiei care constituie o condiţie de mare importanţă pentru însuşirea cu succes a citit-scrisului. O muncă deosebită trebuie dusă şi în privinţa diferenţierii precise, auditive şi verbo-kinestezice a perechilor: b-p, c-g, t-d în cadrul cărora pot avea loc foarte uşor confuzii.

O condiţie este ca pronunţia să se facă la început cu voce scăzută şi treptat cu voce mai ridicată. Acest procedeu favorizează citirea legată şi intrarea pe prim plan a senzaţiilor verbo-kinestezice care au un rol hotărîtor în procesul scrierii.

In procesul însuşirii citirii şi scrierii, s-a observat că legarea sunetelor în silabe şi cuvinte se realizează cu mai mare greutate decît desprinderea sunetelor din silabe şi cuvinte.

La copiii debili mintali care prezintă o întîrziere severă în dezvoltarea limbajului procesul de analiză şi sinteză se realizează cu mai multă greutate decît la cei fără tulburări.

Dificultăţile de sinteză pot să apară în analizatorul verbo-motor (sub forma dificultăţilor de citire legată) şi în analizatorul vizual şi în cel auditiv.

Observaţiile duc la concluzia că separarea prea accentuată a

elementelor unui întreg, îngreunează mult la copiii oligofreni, procesul de sinteză. Elementele descompuse se individualizează mult, încît unificarea lor corectă pe plan mintal este imposibilă.

Preocuparea de a realiza simteza nu trebuie să ducă la neglijarea analizei. Pe de o parte trebuie să ducem analiza pînă la sunet, iar pe de altă parte este necesar să păstrăm silaba ca unitate de vorbire.

La debilul mintal exerciţiile de analiză trebuie să ocupe un loc important, dar pentru a nu se suprapune cu sinteza, se poate realiza prin folosirea pronunţării prelungite. In timpul pronunţiei elevul indică pe degete numărul sunetelor componente ale silabei. Astfel, deşi pronunţia păstrează unitatea silabei, analiza merge pînă la sunet.

In citire, debilul mintal trebuie deprins să nu întrerupă mişcările necesare pronunţării primului sunet pînă nu ajunge să-l percepă pe al doilea, pronunţînd silaba fără a întrerupe vocea.

In scriere s-a urmărit formarea la elevi a deprinderii de a se sprijini pe propria lor articulare şi formarea deprinderii de a nu întrerupe pronunţarea unui sunet al silabei pînă ce nu se termină scrierea lui şi se trece la scrierea celui următor.

In procesul însuşirii citit-scrisului la debilul mintal, trebuie legată litera de un cuvînt ajutător, la care se va apela ori de cîte ori copilul nu-şi aminteşte litera respectivă. Trecînd la scrierea cuvintelor este indicat ca acestea, în citit sau scris, să fie legate de obiectul sau imaginea obiectului pe care-l desemnează, transpunerea în practică a sensului cuvintelor învăţate.

Activitatea comună a celor două sisteme de semnalizare se realizează datorită mecanismului iradierii elective, care asigură transpunerea legăturilor din primul în al doilea sistem de semnalizare şi invers.

Posibilitatea realizării iradierii elective a corespondenţei dintre semnalele senzoriale şi cele verbale, imagine-cuvînt, cît şi calitatea relatărilor verbale este deficitară la debilul mintal.

Pentru asigurarea activităţii comune a celor două sisteme de semnalizare, este necesar să se dea o mai mare atenţie, nu numai legării semnelor verbale de obiectele pe care le desemnează, ci formării unor structuri dinamice complexe.

Insuşirea citit-scrisului nu constituie o simplă simare de legături temporare, ci realizarea unor sisteme dinamice complexe.

Introducerea unui element nou (literă,sunet) atrage după sine restructurarea sistemelor de legături temporare anterior formate.

Cu copiii debili mintal, ca şi cu cei normali, pentru învăţarea citit-scrisului este necesară metoda fonetică-analitică sintetică. La debilul mintal şi mai ales la cel cu tulburări de vorbire, trebuie insistat pe articularea corectă a sunetelor.Articularea corectă, conştientă a sunetelor, a cuvintelor, are o mare importanţă în procesul scrierii, ajută la precizarea structurii fonetice a cuvîntului.

Pentru evitarea dificultăţilor de sinteză este importantă formarea deprinderilor trainice de pronunţare a consoanelor, fără sunet adăugat (ĭ). Pentru înlăturarea acestui sunet este foarte importantă punerea aparatului fonator în poziţia necesară pronunţării consoanei respective şi pronunţarea cu voce scăzută pînă la adăugarea vocalei i din silabă.

In vederea înlăturării posibilităţii de orientare după imaginea globală a cuvîntului sau după indicii extrinseci,este foarte util procedeul citirii selective.Citirea trebuie să se realizeze în contexte şi forme variate, pentru ca analiza să se concentreze asupra compoziţiei cuvîntului.

In reuşita activităţii în care copilul este angajat, un rol important îl are stimularea şi încurajarea continuă.

Incurajarea are o influenţă tonică asupra scoarţei cerebrale în sensul că măreşte excitabilitatea acesteia.

Lauda şi încurajarea constituie un stimulent deosebit de valoros în educarea şi instruirea elevilor debili mintali.

Cînd apar fenomene de negativism în cadrul activităţii de citit-scris este bine să fie schimbată sarcina grea cu una mai uşoară, pe care copilul să o poată rezolva cu succes.

CONCLUZII

Studierea particularităţilor activităţii de analiză şi sinteză la copiii întîrziaţi mintal este o condiţie de bază atît în vederea îmbunătăţirii muncii instructiv-educative, cît şi a tratării individuale a acestor copii.

Activitatea de analiză şi sinteză la nivelul celor două sisteme de semnalizare se diferenţiază ca dificultate de realizare. Funcţia de conectare la nivelul primului sistem de semnalizare este mai puţin deficitară decît în cadrul celui de-al doilea sis-

tem de semnalizare, mai ales în analizatorul auditiv-şi verbo-motor.

Analiza şi sinteza pot fi simţitor îmbunătăţite, dacă se foloseşte în ritm optim de prezentare. Materialul trebuie să fie suficient de rar prezentat pentru a permite înlocuirea reciprocă a celor două procese nervoase.

Exersarea sistematică şi de lungă durată a diferenţierii auditive şi verbo-motrice a stimulenţilor verbali poate preveni în mare măsură apariţia greşelilor în procesul scrierii.

La copiii cu debilitate mintală, relaţia între dificitele de articulaţie şi greşelile de citit-scris sînt evidente.Pronunţarea defectuoasă a unui fonem, influenţează negativ nu numai scrierea grafemului respectiv ci tulbură scrierea în ansamblu.

Greutăţile în domeniul citirii se explică prin inerţia proceselor nervoase.

Pentru îmbunătăţirea citit-scrisului la elevii cu defecte de articulaţie, însoţită de debilitate mintală, sînt necesare exerciţii individualizate care să cuprindă o gradare a dificultăţilor.

Bibliografia la autor.

NIVEL MOTIVATIONAL SI INVATARE LA ELEVII DEFICIENTI DE AUZ

GIANINA POPA, V.POPA
Scoala generală nr.1 Iaşi

Învăţarea este cel mai important mijloc formativ şi psihoterapeutic pentru recuperarea biologică, psihică şi socială a deficienţilor de auz. Ea poate fi privită într-un sens restrîns sau într-un sens larg - învăţarea ridicată la rangul de stitudine faţă de viaţă şi faţă de cunoaştere: învăţarea de menţinere, învăţarea inovatoare, învăţarea participativă, învăţarea socială, învăţarea afectivă etc.

Lărgirea contextului învăţăriii în lumea contemporană este un deziderat al condiţiei umane care necesită o micşorare a decalajului uman între activitatea proprie şi posibilităţile (capacităţile) proprii. Decalajul uman se manifestă cu precădere la toate categoriile de handicapaţi. Elevii deficienţi de auz beneficiază în sistemul insrituţionalizat de forme de învăţare adaptate nivelului lor de dezvoltare psihică şi intelectuală. Motivele şi nivelul de acţiune în sistemul propriu de valori impulsionează învăţarea, rapiditatea integrării şi răspunsului adecvat la stimulii externi. Acest lucru este determinat de nivelul calitativ al motivaţiei. La persoanele normale, perceperea propriilor motive este mai uşoară, dezvoltarea psihică şi intelectuală bazîndu-se pe dezvoltarea limbajului şi a inteligenţei verbale.

Deficienţa de auz duce de fapt la un dublu handicap: cel senzorial şi cel socio-cultural. Ultimul este datorat în special dezvoltării subliminare, consecinţă a nedezvoltării limbajului. Demutizarea, singura care asigură normalizarea vieţii psihice şi integrarea în societate, cu cît este începută mai devreme, cu atît are efecte mai favorabile asupra dezvoltării psihice a deficientului de auz.

Depăşirea handicapului socio-cultural este mult mai dificilă, pentru că tocmai achiziţia limbajului verbal, înţelegerea şi învăţarea lui poate înscrie evoluţia elevului deficient de auz pe o cale ascendentă, de maturizare psihică şi intelectuală apropiată de normalitate.

Intîrzierile în dezvoltarea limbajului verbal determină o

configuraţie specifică a gîndirii şi proceselor intelectuale: plasticitate redusă, gondire concret . situativă, şablonism, rigiditate, inerţie.

De asemenea, aceste limite se repercutează şi în sfera motivaţional-afectivă: imaturitate în decizii, slaba dezvoltare a gîndirii logice implică şi generează fenomene de limitare a evoluţiei trebuinţelor spirituale şi chiar biologice. De aceea toate procesele psihice de cunoaştere oferă sistemului motivaţional- afectiv o condiţionare predominant intuitivă.

Cunoaşterea evoluţiei psihice la elevii deficienţi de auz demonstrează importanţa imensă a învăţării şi folosirii simbolisticii verbale pentru compensarea handicapului socio-cultural.

Toate formele de învăţare sînt propulsate de motive care, după scopurile lor, se pot clasifica în: motive profesionale,motive cognitive, motive social- morale, motive individuale, motive materiale şi motive relaţionale. După natura lor pot fi motive intrinseci şi extrinseci, motive stimulative şi inhibitive, motive adaptative şi dezadaptative.

Nivelurile la care se realizează învăţarea la elevii deficienţi de auz pot fi: nivelul spontan şi cel dirijat, nivelul perceptiv sau cel reflexiv. Recepţionarea mesajelor şi acţiunea elevilor este prezentă în special prin fenomenul de imitaţie. Ridicarea la un nivel superior de înţelegere şi învăţare se poate realiza numai printr-o recepţionare corectă a informaţiei (demutizarea ajunsă la un nivel superior permite o înţelegere corectă a mesajului verbal) legată de o participare acţională (psihomotrică) care să permită interiorizarea mesajelor şi acţiunilor, cuprinderea lor în sistemul cognitiv - acţional - valoric. Fără participarea acţională a elevului deficient de auz, învăţarea şi sistemul de motive ce-i structurează şi-i determină activitatea psihică nu pot favoriza evoluţia şi maturizarea lui.

Limbajul şi gîndirea au un rol important în progresul dorinţelor, aspiraţiilor şi convingerilor, dar şi participarea motivaţional-acţională determină progrese notabile în diversificarea modalităţilor de comunicare şi exprimare.

O caracteristică a motivelor este şi stabilitatea mai mare legată de o evoluţie a lor mai redusă în strînsă corelaţie cu dezvoltarea încetinită a proceselor psihice. Legate de sistemul

motivaţional evoluează şi criteriile de apreciere şi autoapreciere. Două fenomene polare, criterii de apreciere pozitivitate şi criterii negativizate sînt prezente în sistemul de aprecieri valorice ale deficienţilor de auz. Cele pozitive şi negative sînt de obicei rezultatele influenţelor instructiv educative realizate de familie, şcoală şi societate.

Cele pozitivizate sau negativizate iau naştere pe fondul unor imaturizări prin denaturarea aprecierilor obişnuite sau sub influenţa unor aprecieri pripite cu remanenţe afective. Pozitivizarea negativului (considerarea ca pozitive a unor trăsături negative ale modelului) ca şi negativizarea pozitivului (situaţia inversă) sînt mai frecvente la handicapaţii de auz.

Trecerea spre motivaţia conştientă acţionează în favoarea acestor formule, în sprijinul explicării acestora venind şi afirmaţia lui P.Oléron: „într-un mod general surzii suferă de fiecare dată cînd auzitorii, inconştient sau nu, îi fac să simtă inferioritatea".

Stabilitatea motivelor, dar şi slaba corelaţie a dezvoltării psihice în raport cu dezvoltarea intelectuală şi biologică pot pune probleme în adoptarea unui sistem de învăţare mai larg care să cuprindă nu numai strategii intelectuale, ci şi modalităţi de învăţare motivată a atitudinilor, a mobilurilor interioare ce determină acţiunile.

Cunoaşterea propriei persoane, a sistemului de trebuinţe, motive şi valori este pentru elevul deficient de auz normal dezvoltat intelectual un stimul pentru adoptarea şi valorizarea comportamentelor de comunicare verbală, pentru îmbogăţirea vieţii psihice şi o inserţie socială adecvată. Izolarea şi introversiunea sînt determinate în mare măsură de lipsa de comunicare adecvată cu ceilalţi şi de lipsa reuşitei în activităţile pe care le desfăşoară.

La elevul surd atenţia şi motivaţia trebuie să aibă o mai mare întemeiere intrinsecă deoarece participarea conştientă la activităţile de învăţare verbalizate prin cuvînt îl oboseşte mai mult decît pe elevul normal.

Munca şi relaţiile interpersonale dau dimensiunea exactă a dezvoltării forţelor specific umane. Evoluţia motivaţională este însoţită de conştientizarea sistemului de motive şi valori ce

călăuzesc acești parametri specific umani.

Stadiul de persoană și cel de personalitate ca sistem superior de integrare psihică și socializare poate fi atins de handicapații de auz numai cînd capacitatea lor psihică și relațiile lor sociale evoluează pînă la atingerea unor comportamente apropiate de normalitatea psihică. Munca, activismul, comunicarea verbală și relațiile sociale intensifică procesele psihice și intelectuale, permit atingerea unui prag motivațional optim corelat cu un sistem de valori care propulsează deficientul de auz în integrarea sa în muncă și viața socială. De aceea, prin extensiunea conceptului de învățare, învățare care își poate aduce contribuția la depășirea decalajului uman, realizăm și o viziune mai largă asupra sistemului motivațional - valoric, care își pune amprenta asupra evoluției psihice și integrării sociale a deficienților de auz.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Botkin W.J.: Orizontul fără limite al învățării, Edit.Politică București, 1981.
2. Mamali, C.: Balanță motivațională și coevoluție. Edit. științifică și enciclopedică, București, 1981.
3. Mureșan, P.: Învățarea socială. Edit.Albatros, 1980.
4. Neacșu, I.; Motivație și învățare. Edit.didactică și pedagogică, București, 1978.
5. Pufan, C.: Probleme de surdo - psihologie, vol.II. Edit. didactică și pedagogică, București, 1982.

INFLUENTA TULBURARILOR DE LIMBAJ ASUPRA PERSONALITATII SI COMPORTAMENTULUI LOGOPATILOR

MARIA VLIONCU

Centrul logopedic intergcolar Iagi

Logopedia contemporană acordă o importanţă din ce în ce mai mare influenţelor tulburărilor de limbaj asupra personalităţii şi comportamentului logopatului.

Pînă la intrarea sa în şcoală, copilul învaţă vorbirea mai mult spontan, iar de la această vîrstă, datorită procesului de instruire verbală şi formării culturii verbale, vorbirea lui capătă o serie de caracteristici noi. El înţelege vorbirea celor din jur, se poate face înţeles prin exprimarea gîndurilor în propoziţii şi fraze alcătuite corect, dacă în dezvoltarea lui n-a intervenit nimic.

Dacă copilul prezintă o debilitate mintală, şi posibilităţile de exprimare şi redare a ideilor sînt mult mai scăzute, contactul cu cei din jur se face anevoios, deoarece experienţa lui personală şi socială este mai săracă, iar nivelul de înţelegere a limbajului este scăzut.

La copiii de vîrstă şcolară mică, cu intelect normal şi în special la cei cu debilitate mintală, pot persista sau pot apărea o serie de greutăţi în vorbire, greutăţi care perturbă transmiterea gîndurilor şi perceperea corectă a vorbirii auzite.

Asemenea tulburări ale limbajului pot influenţa atît conduita verbală cît şi întregul comportament al logopatului.

Tulburările de limbaj au o etiologie multifuncţională: factori biologici, psihici, sociali sau pedagogici. De aceea , pentru marea majoritate a cazurilor depistate, menţionăm corelarea tulburărilor de limbaj cu manifestări nevrotice şi reactive, sechele encefalopatice, instabilitate psihomotorie etc.

Altele sînt o urmare a unor afecţiuni somatice cronice cu răsunet negativ pe plan neuropsihic. Majoritatea acestor copii logopaţi în special cei care prezintă tulburări de limbaj, vor întîmpina greutăţi în procesul de adaptare şcolară.

La copilul logopat, conduita verbală suferă modificări considerabile în majoritatea cazurilor.

In ceea ce priveşte structura planurilor de redare verbală,

acestea sînt inhibate sau mai puţin active la copiii cu tulburări de vorbire. Modificările de conduită verbală la copiii cu intelect normal, dar cu tulburări de limbaj, se amplifică prin faptul că aceşti copii sînt conştienţi de defectul lor, pe care-l trăiesc pe planul personalităţii, adeseori în mod dramatic, ceea ce le creează o stare de iritare, de irascibilitate. Pe măsura înaintării în vîrstă, tulburările de limbaj duc la un tablou al manifestărilor psihice, ce se complică tot mai mult. Solicitarea permanentă a copilului de a vorbi în faţa colectivului clasei şi neputinţa de a se exprima corect şi cursiv, îi provoacă o stare de oboseală fizică şi intelectuală şi o hipersensibilitate afectivă, o teamă patologică, ce degenerează adeseori în refuzul de a răspunde, chiar cînd ştie lecţia.

Copiii de vîrstă şcolară mică, la care se întîlnesc dislalii în proporţii relativ mare, manifestă receptivitate faţă de părerile persoanelor înconjurătoare şi exigenţă faţă de propria lor comportare şi relaţionare cu colegii, cu adulţii.

Existenţa handicapurilor de limbaj îi împiedică să se simtă degajaţi şi să-şi exprime gîndurile, ideile pe măsura posibilităţilor lor intelectuale.

Aceasta îi face să fie nervoşi, deprimaţi şi să treacă uşor de la o stare afectivă la alta.

In cazul cînd handicapurile de limbaj există pe fondul altor deficienţe, ca cele senzoriale sau fizice, tulburările personalităţii deja existente, în majoritatea situaţiilor se accentuează.

Dislalia poate constitui un factor stressant atunci cînd dislalicul nu găseşte înţelegerea necesară faţă de dificultatea sa în vorbire sau cînd acesta nu întrevede perspectiva corectării ei.

In asemenea situaţii, dislalicul trăieşte emoţii şoc, stări prelungite şi dureroase, manifestă nesiguranţă nu numai în vorbire, dar şi în alte activităţi, apare surmenajul fizic şi intelectual care îşi pune amprenta pe întreaga sa activitate.

Comportamentul dislalicului nu se manifestă prin stabilitate, ci prin mari oscilaţii de la o situaţie la alta, de la o zi la alta, sau în funcţie de perceperea unor stimuli care au o semnificaţie redusă pentru alte persoane, dar care dislalicul

îi amplifică şi îi recepţionează ca factori negativi. De aici rezultă că trăsăturile de personalitate sînt foarte fragile şi instabile.

Personalitatea dislalicului se poate dezorganiza, iar în conversaţie apare reţinerea şi teama de vorbire, ceea ce creează o stare de inerţie, de rigiditate. Fobia vorbirii se întăreşte sub forma unor legături durabile şi obsedante şi astfel poate apărea bîlbîiala pe fondul dislaliei.

In unele cazuri, asemenea situaţii pot amplifica handicapurile de vorbire prin apariţia unui mutism electiv ce comportă, la copii în special, rămîneri în urmă în planul dezvoltării limbajului, izolarea şi subaprecierea propriilor posibilităţi.

Ca orice altă tulburare de vorbire, şi dislexo-disgrafia, odată instalată, determină o stare de neliniste şi teamă de insucces- ceea ce îl face pe subiect să trăiască momente stressante. Repetarea insuccesului şcolar, ca urmare a neputinţei exprimării corecte prin comportamentul grafo-lexic, accentuează starea de oboseală intelectuală şi fizică. Cu timpul, se instalează o hipersensibilitate afectivă şi o stare de repulsie faţă de procesul instructiv, în general, şi faţă de activitatea de scris-citit, în special. Toate acestea la un loc imprimă personalităţii logopatului un aspect negativist ce perturbă relaţiile cu cei din jur.

Handicapurile limbajului scris-citit, mai cu seamă cînd acestea sînt sancţionate negativ de cei din jur, afectează relaţionarea subiectului cu colectivul şi integrarea sa în viaţa socială. Cu cît deficienţele scris-cititului sînt mai accentuate, cu atît trăirea dramatică, în planul personalităţii, este mai mare, iar dereglările comportamentale mai frecvente. Odată cu înaintarea în vîrstă, mai ales la puberi şi adolescenţi, menţinerea tulburărilpr scris-cititului determină o intemsificare a tulburărilor de personalitate. Ca atare subiecţii respectivi devin tot mai deprimaţi, nervoşi, irascibili, reţinuţi, necooperanţi şi negativişti, interiorizaţi, deseori făcîndu-şi complexe de inferioritate.

Este ştiut faptul că atît pentru emisie cît şi pentru recepţie este nevoie de un tonus cerebral, alimentat de un tonus afectiv şi psihic care creează stare de necesitate şi funcţionalitate neuro-psihică pentru stabilirea relaţiilor verbale. La majoritatea copiilor cu tulburări de limbaj, în special la logo-

nevrotic, se tulbură nu numai procesul de emisie, ci şi cel de percepţie. Deşi ei aud, percep cuvintele cu structura lor sonoră, recepţionează şi pe calea analizatorului auditiv într-o formă disritmică, într-o dezordine cauzată de dezordinea existentă pe scoarţa cerebrală, întrucît mecanismul vorbirii şi vorbirea însăşi, sînt marcate de o stare afectivă.

La copilul bîlbîit sau dislalic, vorbirea reprezintă cea mai dificilă operaţie şi ea transmite o stare afectivă negativă, chiar cînd copilul tace.

Deci vorbirea bîlbîitului este strîns legată de starea sistemului nervos, de dezvoltarea generală a vorbirii, de întreaga personalitate a copilului, precum şi de relaţiile sale cu cei din jur.

La vîrsta şcolară, bîlbîiala produce modificări îngrijorătoare ale psihicului şi ale întregii activităţi datorită unor factori obiectivi. Activitatea şcolară îi forţează să vorbească şi conştientizarea defectului îl face să trăiască momente de coşmar cînd va fi ascultat. Atitudinea de batjocură a colegilor îl umilesc, îl deprimă, îl fac să-i crească tensiunea nevroasă, să i se agraveze bîlbîiala, ajungînd la momente de disperare.

La şcolarul mic, apar tulburări de alimentaţie, tulburări grave de somn, oboseala fizică, ideea persecuţiei, o teamă patologică care produce modificări ale sistemului neurovegetativ (se înroşesc, se îngălbenesc, transpiră).

Psihicul lor se modifică, se dezvoltă nervozitatea, neliniştea, supărarea bolnăvicioasă, cu creşterea simţului autocritic, al demnităţii, tensiunea nervoasă creşte şi poate ajunge la nevroze şi chiar la ideea sinuciderii.

Rezultatele la învăţătură ale copiilor bîlbîiţi sînt influenţate şi determinate în acelaşi timp de nivelul dezvoltării activităţii intelectuale, care de cele mai multe ori este superior rezultatelor obţinute, şi de o serie de alţi factori de natură afectivă. Mulţi îşi pierd încrederea în forţele proprii, devin apatici, fără iniţiativă şi energie. La ei totul se amplifică, probleme simple de rezolvat li se par deosebit de grele, mai ales cînd trebuie să folosească limbajul. Starea de nelinişte permanentă, frămîntările din mintea lor, îi fac să devină neatenţi, uituci, dezordonaţi.

Aşadar, corectarea limbajului prezintă o importanţă deosebită nu numai pentru facilitarea comunicării şi a integrării în procesul instructiv-educativ, dar şi pentru faptul că tulburările de limbaj, în funcţie de gravitatea lor, provoacă o serie de modificări negative la nivelul personalităţii şi comportamentului logopatului. S-a constatat că elevii cu tulburări de limbaj au un randament şcolar redus datorită posibilităţii scăzute de integrare în activitate şi refuzului de a participa la actul comunicativ.

Dacă tulburările scris-cititului se fac mai puţin simţite în comunicare, tulburările vorbirii deranjează mai mult şi, în general, acestea le determină adeseori şi pe primele. Prin urmare, se impune corectarea vorbirii orale îndată ce apar primele semne ale tulburării ei.

Şcoala, familia, societatea sînt interesate deopotrivă în corectarea tulburărilor de limbaj, ceea ce deschide perspectiva dezvoltării armonioase a individului.

Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

ROLUL LOGOPEDIEI IN PREVENIREA SI REZOLVAREA ESECULUI SCOLAR, A REALIZARII INSERTIEI SOCIALE

REBECA IOVU
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Logopedia s-a constituit pe baza necesităţilor practice şi teoretice de a sintetiza cunoştinţele despre limbaj şi de a formula procedeele specifice educării limbajului tulburat.

Ea este o disciplină teoretică izvorîtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului dar totodată are un pronunţat caracter practic, determinat de necesităţile imediate ale comunicării interumane, de educare a limbajului, al înţelegerii şi stabilirii relaţiilor specific umane.

Sistemul de referinţe şi interferenţe al logopediei cu alte discipline este deosebit de vast căci limbajul atît în forma sa normală cît şi patologică include influenţe şi modalităţi de tehnică psihologică, pedagogică, fiziologică şi medicală, fonetică, atc., ceea ce conturează dinamica acestei discipline şi perspectiva programului ei.

Se vizează acel aspect bipolar al limbajului de comunicare şi înţelegere, adică interdependenţa dintre cele două procese interioare: gîndirea şi limbajul. Avînd în vedere funcţia cognitivă a limbajului, 30% din relaţiile umane fiind verbale, ne dăm seama de importanţa şi eficienţa pe care o are logopedia în reabilitarea, compensarea şi recuperarea tulburărilor de limbaj.

Logopedia nu vizează doar corectarea limbajului tulburat ci şi preocupările de stimulare şi dezvoltare a limbajului, de prevenire şi profilaxie a tulburărilor de limbaj scris şi oral. In această idee considerăm de un real folos şi de necontestat rolul logopediei în sprijinul procesului de învăţămînt, perfecţionarea şi modernizarea sa.

Activitatea logopedică contribuie la egalizarea şanselor de instruire şi educare pentru unele categorii de copii şi tineri, oferindu-le prin corectarea şi compensarea tulburărilor de limbaj acces spre pregătirea şcolară şi profesională, pentru viaţă şi activitatea socială.

Privită sub aspectul învăţămîntului formativ, activitatea logopedică rezolvă unele probleme legate de noile orientări ale învăţămîntului contemporan în ţara noastră. Comanda socială a epocii noastre are în vedere atît aspectele cantitative cît şi cele

calitative, ale conţinutului învăţământului sub aspect formativ.

Se constată adesea un decalaj între volumul de informaţii şi capacitatea individului de asimilare. Acest decalaj creşte mereu dacă nu se acordă atenţie evaluării capacităţilor individuale.

Desigur s-a constatat un spor al indicelui de inteligenţă al generaţiilor actuale dar acesta nu a crescut în măsura ritmului de creştere al volumului informaţional ştiinţific şi tehnic.

Aceasta este o problemă care se pune şi în lume cu atît mai mult punîndu-se în condiţiile existenţei unor carenţe psihologice survenite în tara congenitală sau postnatală.

E nevoie deci de capacităţi intelectuale care să facă faţă acestui aflux de informaţii, să le poată vehicula şi transforma în achiziţii proprii.

Logopedia nu poate să lipsească de la aceste preocupări ale şcolii moderne, ci trebuie să sprijine rezolvarea acestor probleme.

Experienţa arată că un număr mare de elevi nu-şi pot însuşi satisfăcător cunoştinţele prevăzute în programa analitică, rămîn corigenţi sau repetenţi sau abandonează şcoala fără a fi realizat pregătirea teoretică şi practică necesară calificării lor pentru o profesie.

Aceste cazuri sînt determinate de mai multe cauze. S-a observat cu prilejul consultărilor logopedice, a examinărilor psihologice sau a rapoarturilor nemijlocite ce le avem cu elevii din şcoli, că se diferenţiază mai multe categorii de elevi:

- elevi cu întîrziere intelectuală, afectivă şi motorie în diferite grade (uşoară, moderată, severă);
- elevi cu intelect normal însă cu deficit pedagogic datorat absenţelor, mutărilor de la o şcoală la alta, nivelului intelectual şi atmosferei precare din familie;
- elevi cu tulburări neuromotorii majore, manifestate prin dizartrii, alalii mai mult sau mai puţin pronunţate, dislalii polimorfe asociate cu alte modificări neurologice şi manifestate prin disterii-disgrafii, dizortografii, agrafii, acalculemii, tulburări de lateralitate, de organizare spaţio-temp., etc.

Fără să lizeze intelectul întotdeauna, unele din acestea pot totuşi să provoace dificultăţi în însuşirea vorbirii, cititului, scrisului, socotitului - aspecte de bază ale activităţii şcolare.

Toate aceste categorii de copii trebuie să parcurgă acelaşi program şi în acelaşi ritm cu ceilalţi a căror evoluţie somatopsi-

hică n-a suferit nici o influenţă care să le tulbure cursul normal al dezvoltării.Este evident că datorită particularităţilor ce-i caracterizează pe primii, au un randament scăzut şi nu pot face faţă exigenţelor programei decît beneficiind de condiţii şi metode corespunzătoare pe care logopedia le are şi prin care sprijină procesul de învăţămînt.

Acţiunile complexe de prevenire, diagnosticare,îndrumare şi tratamentul psihopedagogic asupra tulburărilor semnalate sînt menite să contribuie la ridicarea învăţămîntului general.

Este nevoie de stimularea elevului la nivelul capacităţilor sale maxime, de a-l motiva, interesa, ceapta în procesul de învăţare. Ori poate tocmai aici învăţămîntul nostru suferă.

Programa încărcată, clasele numeroase, fac ca uneori să nu se poată realiza acele calităţi necesare muncii de învăţare: spor de observ., gîndiri productive, logică, imaginaţii,etc.

In condiţiile muncii logopedice, copii care în clasă sînt ignoraţi cu bună ştiinţă şi izolaţi la periferia clasei se văd puşi în centru şi un profesor se ocupă în mod special de ei.

La început se miră, nu le vine să creadă,treptat însă trebuie cîştigaţi ca parteneri în acest efort de constituire a propriului sistem de gîndire şi conduită verbală.

Ei capătă curaj,încredere în forţele proprii şi la un moment dat chiar se ruşinează să nu răspundă bunăvoinţei ce deodată i se oferă.

Logopedul are posibilitatea să sesizeze diferenţele de inteligenţă, temperament şi caracter ale copiilor din aceeaşi grupă şi să lucreze individual şi individualizat cu fiecare, pe măsura posibilităţilor, efectuînd corectarea şi compertarea în ritmul propriu al fiecăruia.

Căci într-adevăr după cum preciza R.Dotlreus - "munca individualizată" nu constă în efectuarea individuală a aceleiaşi munci de către toţi, ci în a alege pentru fiecare munca specifică ce îi convine, ce i se potriveşte.

Acţiunea logopedului este cu cît mai eficientă cu cît logopedul este mai mic şi cu cît el se află pe plan genetic într-un studiu de dezvoltare mai incipient căci personalitatea poate fi mai uşor modelată. Relaţiile ce se stabilesc cu logopedul şi influenţa efectivă binevoitoare în care decurg toate activităţile se resimt atît de profund asupra logopeţilor, încît îşi pun amprenta pe eve-

luţie lor ulterioară şi mai ales în condiţiile colaborării dintre logoped-învăţător-educator-părinte-cînd se canalizează toate interesele, trăirile şi satisfacţiile acestor copii în relaţii de muncă şi viaţă colectivă.

Considerăm stabilirea psihodiagnosticului ca un fapt de mare responsabilitate socială avînd în vedere consecinţele acestuia în orientarea şcolară, profesională, în terapia medicală şi psihică a copilului logopat.

Prin aceasta nu se urmăreşte numai decelarea unor fenomene patologice, ci şi evaluarea capacităţilor psihici normale ale logopedului.

In cazul debilităţii mintale diagnosticul capătă o extindere mai marcată determinată de complexitatea fenomenelor implicate.

Logopedul are în vedere acel cadru de referinţă care să-i permită avansarea şi verificarea unor ipoteze.

Aşadar toate deficienţele semnalate în cadrul şcolii de masă sînt considerate ca fiind determinate de un complex de factori etiologi, cu acţiune defavorabilă asupra creierului în perioada de formare şi maturizare, ceea ce are ca urmare:

a) încetinirea ritmului de evoluţie, în special a funcţiilor cognitive;

b) diminuarea competenţei sociale.

Nu este lipsit de interes să amintim că şi logopedia se sprijină pe metode de investigare ca:

- anamneza familială şi personală;

- investigarea nivelului de dezvoltare cognitiv-intelectual prin teste de inteligenţă şi metode calitative diverse pentru a sesiza abaterile de la normal, precizînd aspectele psihici deficitare şi gradul de deficit;

- investigarea personalităţii şi a maturităţii sociale prin anchete sociale şi conversaţii;

- examen pedagogic stabilind gradul de instruire, de înţelegere a unor noţiuni.

Toate acestea ne conduc la precizarea diagnosticului, din unghiuri diferite ceea ce poate confirma sau infirma ipoteza iniţială a învăţătorului, părintelui, logopedului sau medicului. Căci în general diagnosticul este o ipoteză mai mult sau mai puţin posibilă, pe care trebuie să o verificăm necontenit, pentru că pot surveni

fapte noi care să schimbe diagnosticul inițial și să crească probabilitatea.

Mai mult ca oricînd învățămîntul modern cere adoptarea unui punct de vedere unitar în ceea ce privește diagnosticul diferențiat al dezvoltării mintale.

In acest sens, colaborarea în echipă de specialiști care pe baza anamnezei și examenelor de specialitate pot releva date importante în raport cu deficitul ne va conduce la formularea diagnosticului respectiv, servindu-ne concomitent într-un dublu scop și anume:

- stabilirea deficitului și stabilirea potențialului pe care se fundamentează recuperarea, compensarea.

In colaborarea logopedului cu cadrele didactice din școală pe linia raportului dintre cauză și efect, a tulburărilor de limbaj oral și scris, se dau indicații și puncte de reper pentru recunoașterea a două situații:

- nu numai tulburările de vorbire pot genera un tablou deficitar al activității intelectuale ci și invers - că însăși tulburările de limbaj pot fi o manifestare a deficienței mintale.

Pentru cazurile de ușoară încetinire sau întîrziere intelectuală și diferite variabile psihice asociate, îi determină pe educatori să ofere condiții suplimentare de muncă și terapie psihopedagogică individualizată.

Considerăm de asemenea ca o acțiune de seamă a logopediei în sprijinul perfecționării și modernizării învățămîntului sporirea eforturilor prin acțiuni complexe de prevenire a tulburărilor de limbaj în grădinițe, școli și în rîndul părinților informîndu-i asupra diversității cazurilor frecvente și etiologiei lor. Neavizați părinții și cadrele didactice îi suspectează de lene sau rea voință.

Rămînînd la o necunoaștere temeinică sau foarte superficială nu pot reuși să organizeze un regim corespunzător și poate deveni un factor traumatizant tocmai datorită lipsei de informare în legătură cu modul variat de abordare pedagogică, a deficultăților sau abaterilor de la normal pe care le prezintă unii elevi.

Este foarte importantă educarea personalității logopedului începînd încă din perioada preșcolară pentru a nu se consolida și a deveni factor frînator în dezvoltarea armonioasă a personalității. Altfel defectul conștientizat poate determina devieri comportamentale, negativism, refuz de a frecventa școala sau de a se angaja în

învăţare.

Înlăturarea tulburărilor limbajului duc la înlăturarea repulsiei pentru activitatea şcolară, efortul intelectual, la crearea unei motivaţii şi a unui interes crescut pentru întreaga activitate şcolară înlăturînd astfel modificările negative pe plan afectiv şi preîntîmpinînd eşecul, creează condiţiile unei viitoare inserţii sociale normale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Păunescu C şi colaboratorii: Introducere în logopedie, vol.I, 1976.
2. Verza E. - Dislolia şi terapia ei, Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1977.
3. Verza E. - Conduita verbală a şcolarului mic,Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1973.

Scanned with OKEN Scanner

ASPECTE ALE TERAPIEI LOGOPEDICE LA DEFICITUL MINTAL CU TULBURĂRI DE COMPORTAMENT

JENI-LUISA POPA
Școala ajutătoare Iași

Astăzi când psihologia copilului a devenit un domeniu atît de aprofundat de medici, psihologi și pedagogi, psihologia deficientului mintal nu poate rămîne în afara preocupărilor specialiștilor cu atît mai mult cu cît particularitățile dezvoltării deficientului mintal a adaptării și integrării sale sociale, ridică probleme deosebite ce nu pot fi neglijate.

Vorbind despre deficiența mintală trebuie subliniat faptul că aceasta nu reprezintă un grad de nedezvoltare a inteligenței, ci "un mod de organizare generală a personalității ca o consecință a unei tulburări a procesului de dezvoltare și organizare mintală".

Criteriul care trebuie să stea la baza definirii conceptului de deficiență mintală este acel al adaptabilității sociale.

In condițiile în care pedagogi și părinți, specialiști și nespecialiști depun reunitele lor eforturi pentru a găsi cele mai adecvate metode de educație care să asigure dezvoltarea neîngrădită a personalității fiecărui copil, integrarea lor socială și realizarea deplină a capacităților și aptitudinilor fiecăruia, datoria tuturor acelora care lucrează cu deficientul mintal și care răspund de formarea și educarea acestuia este aceea de a-i oferi toate posibilitățile de adaptare, de integrare socială, de a-i crea posibilitatea compensării acestei deficiențe prin dezvoltarea capacităților de adaptare la condițiile de viață. Acest lucru implică cu necesitate cunoașterea specificului vieții psihice a deficientului mintal, particularităților vieții sale afective, pentru că fapt recunoscut pe întreaga literatură de specialitate pe "canavaua" afectivității de țes, treptat toate trăsăturile caracterului".

Dintre componentele personalității afectivitatea este aceea care are rolul de a regla conduita. P.Janet consideră că "sentimentele sînt regulatoare ale conduitei", iar V.Pavelcu observă că "funcția lor este de a semnaliza impulsurile și direcțiile de activitate, precum și modurile de satisfacție a instanței de reglare a conduitei".

Specificul vieții afective la deficientul mintal decurge din particularitățile de dezvoltare ale gîndirii la oligofreni, tulburarea gîndirii influențînd nu numai activitatea cognitivă, ci și

întreaga dezvoltare a personalităţii lor.

Abordarea personalităţii ca realitate dinamică aflată în continuă transformare impune o atenţie deosebită acordată afectivităţii, motivaţiei şi relaţiilor interpersonale, adevărate forţe care centrează, dirijează şi modifică comportamentul uman.

Însuşi procesul de formare a autonomiei personale în vederea adaptării şi integrării sociale a deficientului mintal este predominant dependent de reechilibrarea şi reducerea afectivă, educarea aptitudinilor de organizare emoţională, stimularea învăţării sociale, interiorizarea normelor şi valorilor socio-morale.

In ceea ce priveşte comportamentul, acesta va fi la deficientul mintal de două tipuri: unul de tip armonic, fără tulburări de comportament manifeste, fără deficienţe asociate, şi altul de tip disarmonic cu tulburări de comportament manifeste, instabilitate psiho-motorie, tulburări manifeste de sfera afectivă.

In deficienţa mintală mecanismele neuroendocrine şi conexiunile psihointelectuale nu permit o evoluţie normală a afectivităţii.

Astfel vom întîlni în majoritatea cazurilor simptomul de întîrziere în apariţie şi organizarea formelor diferenţiate de comportament afectiv manifestat prin:

- crize de afect - agitaţie^motorie, tendinţă la violenţă etc.;
- comportament de apărare, teamă, frică;
- inhibiţie afectivă, negativism, defensivitate;
- lentoare, apatie, somnolenţă, dezinteres;
- instabilitatea dispoziţiei - rîs-plîns, tristeţe-bucurie;
- pavor nocturn;
- enurezis;
- sugestibilitate, minciună, confabulaţie;
- fuga, vagabondaj, violenţă, comportamente perverse.

In strînsă legătură cu tulburările comportamentului afectiv şi cu deficienţa mintală apare o altă tulburare de importanţă majoră şi anume cea de limbaj.

Sistemul limbajului este foarte complex şi cere cea mai dificilă învăţare.

Pentru apariţia, organizarea şi dezvoltarea limbajului sînt necesare aproape tot mozaicul SNC cît şi cele mai importante

simţuri (văzul,auzul,tactilul) la care se adaugă afectivitatea,cunoaşterea.

In cazul deficientului mintal se demonstrează mai pregnant principiul general al interdependenţei dintre dezvoltarea limbajului şi dezvoltarea mintală. In acest sens, un semn important pentru depistarea unor perturbări în dezvoltarea copilului mic îl constituie întîrzierea apariţiei limbajului străns corelată cu înţelegerea limbajului celor din jur şi învăţarea codului lingvistic.

Vocabularul la deficientul mintal nu depăşeşte ca organizare şi corectitudine nivelul copilului normal de 10-12 ani (deci strînsa legătură între nivelul dezvoltării mintale şi limbaj).

Limbajul deficientului mintal se caracterizează prin:

- foarte grave întîrzieri în apariţia şi organizarea acestuia;
- grave dificultăţi de înţelegere a sensului cuvintelor;
- vocabular sărac;
- dificultăţi de învăţare a structurilor gramaticale;
- dificultăţi de formulare a dialogului;
- nivel foarte scăzut de abstractizare;
- dificultăţi de pronunţie şi articulare;
- dificultăţi mărcate în învăţarea scris-cititului.

Se cunoaşte că personalitatea deficientului mintal este o personalitate decompensată prin efortul acestuia de a depăşi barierele impuse pentru a se salva de forţa conflictului interior. De asemenea se ştie că acest lucru este însoţit în mod frecvent de tulburări de comportament şi implicit de logopatii: dislalie,rinolalie,bîlbîială, dislexie-disgrafie.

In aceste cazuri, terapia logopedică va urma în liniile generale aceleaşi procedee ca în cazul copilului normal, dar şi unele specifice, adaptate la posibilităţile de înţelegere şi specificul deficientului mintal.

Ţinînd în vedere concretismul gîndirii acestuia, posibilităţile sale extrem de mici de abstractizare, se va pune accentul pe preponderenţa materialului didactic ce va fi cît mai atractiv şi mai divers.

Slaba capacitate de memorizare atrage după sine revenirea frecventă a erorilor corectate.Munca profesorului logoped se va baza în acest caz pe numeroase reveniri folosindu-se un ritm lent de corectare.

Menţinerea atenţiei copilului deficient mintal este de asemenea foarte importantă în procesul muncii logopedice cu aceşti copii care obosesc şi se plictisesc foarte repede.

Logopatiile apărute pe fondul handicapului intelectual cu tulburări de comportament implică probleme terapeutice deosebite.

In orice situaţii stabilirea diagnosticului etiologic este absolut necesară. Procedeele terapeutice vor fi dependente de cauzele, factorii care au determinat tulburarea de ansamblu a personalităţii.

Intotdeauna terapia logopedică se va adresa întregii persoanalităţi şi nu doar handicapului de limbaj. Atunci cînd logopatul prezintă handicap intelectual cît şi un comportament dizarmonic, această cerinţă devine o necesitate de prim plan dincolo de care terapia logopedică nu poate avea rezultate.

Psihoterapia desfăşurată paralel sau concomitent cu terapia logopedică se va desfăşura independent de specificul personalităţii de simptomatologia şi natura tulburărilor de comportament.

Stabilirea unui program psihoterapeutic este dependentă de o multitudine de factori care trebuiesc luaţi în consideraţie: vîrsta, posibilităţile specifice de concentrare a activităţii psihice, atitudini, preferinţe etc. Procedeele psihoterapeutice vor fi schimbate ori de cîte ori va fi nevoie în funcţie de reacţia subiectului.

De o mare importanţă este stabilirea comunicării psihoterapeut-subiect, logoped-logopat. De aceasta va depinde în mare măsură reuşita terapiei.

Tipul aparte de afectivitate specific deficientului mintal, egocentrismul, nevoia de protecţie poate avea în anumite situaţii o valoare compensatorie.

La copiii preşcolari mici psihoterapia se poate desfăşura sub forma unor jocuri dirijate. In asemenea situaţii copiii se lasă uşor antrenaţi în activitate şi verbalizează acţiunile respective. Totodată ei pot fi influenţaţi pe direcţia înlăturării unor aspecte caracteriale negative (pasivitatea, aparia, negativismul).

Stabilirea relaţiilor verbale cu cei din jur contribuie la cîştigarea încrederii în posibilităţile proprii şi la crearea de satisfacţii.

Vizionările unor filme, spectacole adecvate vîrstei, urmate de comentarii dirijate ce urmăresc antrenarea în activitatea ver-

bală şi desprinderea unor elemente cu caracter moralizator sau valenţe pozitive la orice vîrstă.

- Plimbările prin aer liber au multiple posibilităţi de verbalizare cît şi efect benefic asupra stării psihice generale.

- Meloterapia are în unele situaţii rezultate surprinzătoare prin forţa de echilibrare a personalităţii.

- Desfăşurarea unei forme de ergoterapie este necesară mai ales în situaţiile în care excitabilitatea subiectului este crescută. Corectarea unor defecte de vorbire se poate face şi în acest context.

Atunci cînd complexitatea, dificultatea cazului o impune, psihoterapia se va desfăşura individual.

In acest sens voi prezenta cazul lui M.I. elev în clasa a IV-a care prezintă diagnosticul de deficienţă mintală medie, tulburări de comportament. Intîrziere în dezvoltarea limbajului.Dislalie.

Mediul din care provine copilul conţine valenţe educative negative: familia dezorganizată; mama consumă frecvent alcool; nu supraveghează copiii.

Cazul este întîlnit frecvent în învăţămîntul special pentru deficienţi mintal cu tulburări coexistente, creînd un tablou specific de dezorganizarea personalităţii.

Ca tulburări de comportament semnalăm: vagabondaj, fuga de la şcoală, irascibilitate, violenţă, tentative de furt.

M.I. a fost cuprins în terapia logopedică pe parcursul a 2 ani şcolari. A fost încadrat într-un grup cuprinzînd alţi doi colegi de clasă, cu comportament armonic.

In primul rînd s-a urmărit acomodarea în grup, acceptarea lui de către ceilalţi doi. S-a încercat o cunoaştere mai profundă a specificului personalităţii, condiţiilor de mediu social a subiectului, preferinţe etc.

Am urmărit apoi apropierea afectivă deoarece subiectul era respins atît acasă cît şi în colectivul clasei.

Preferinţele lui M.I. se manifestă în interesul cu care ascultă povestiri simple legate de viaţa copiilor. De asemenea îl preocupă maşinile încercînd să le deseneze sau să le modeleze în plastilină.

In desfăşurarea programului logopedic s-a pornit de la ideea atractivităţii în scopul menţinerii frecvenţei, a participării active.

In programul logopedic desfăşurat cu M.I. am folosit:

- lecturi + povestiri foarte simple din viaţa copiilor urmate de comentarii (verbalizări). Am urmărit surprinderea unor elemente cu caracter moralizator.

- desenul - trezirea interesului şi pentru alte subiecte înafară de maşini;

- modelajul în plastilină;

- încercări de integrare în colectivul clasei prin numeroase discuţii purtate cu colegii săi, învăţătorul, educatorul.

- S-a urmărit în permanenţă îmbogăţirea vocabularului, corectarea sunetelor, formularea corectă a propoziţiilor. Concomitent, au fost stimulate propriile interese dar şi dezvoltarea altor interese, ca de exemplu cel pentru muzică.

Rezultatele au apărut într-un ritm destul de lent dar au fost pozitive (chiar dacă M.I. prezintă unele reveniri, sau rar, tendinţa spre vagabondaj). Este firesc în aceste situaţii ca, comportamentul să nu se modifice total. Am constatat de asemenea posibilitatea lui de ataşament afectiv, inhibarea tendinţelor agresive, încadrarea în colectivitatea clasei, ameliorări pe linia limbajului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Arean P., Ciumăgeanu D - Copilul deficient mintal. Edit. Facla, Timişoara, 1980.

2. Dimitriu C - Constelaţia familială şi deformările ei. Edit. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1973.

3. Dragomirescu V - Psihologia comportamentului deviant, Edit. Ştiinţifică şi Enciclopedică Bucureşti, 1976.

4. Păunescu C - Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii, Edit. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1977.

5. Păunescu C - Copilul deficient- cunoaşterea şi educarea lui, Edit. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1983.

6. Roşca M.- Psihologia deficienţilor mintali, Edit. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1967.

7. Strâchinaru I.- Devierile de conduită la copil, Edit. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1969.

MODALITATI DE INDIVIDUALIZARE A TRATAMENTULUI LOGOPEDIC IN SCOALA AJUTATOARE

ELENA CARP
Scoala ajutătoare cu casă de copii Iaşi

Limba în unităţile ei fundamentale: cuvinte, noţiuni, concepte, sintetizează semnificaţiile, simbolurile, sensurile evenimentelor, realităţilor, relaţiilor din lumea exterioară şi interioară.

Ea constituie o structură de semne care îşi capătă coerenţă şi unitate şi devine instrument de comunicare interumană.

Deosebirea fundamentală dintre o metodologie de învăţare a limbii la deficienţii mintali şi la copiii normali, este dată de disfuncţiile în sistemul limbajului deficientului mintal ca urmare a modificărilor structural-funcţionale ale sistemului nervos central.

Psihofiziologia procesului de învăţare pune în evidenţă din ce în ce mai clar că acest proces este modelat în principal de mecanismele neurofiziologice şi că orice distorsiune ale acestora schimbă modalitatea de învăţare şi solicită în acelaşi timp întregul demers metodologic.

Invăţarea limbajului de către deficienţii mintali se face cu multe dificultăţi faţă de normali.

Incă de la începutul dezvoltării verbirii, la copilul deficient mintal intervin o serie de greutăţi care încep cu defecţiuni în observarea exactă a modului cum se produce pronunţia pentru a o putea imita corect.

Cu timpul, verbirea deficienţilor mintali devine neclară, confuză şi aceste caracteristici se accentuiază ca urmare a neconştientizării tulburării şi a agitaţiei psihomotorii sau a unui tonus extrem de scăzut.

Deficienţele de limbaj ale deficientului mintal, nu dispar decît în urma unei activităţi logopedice susţinute iar la unii subiecţi staţionează sau se accentuiază cu vîrsta datorită nedezvoltării structural-funcţionale a scoarţei cerebrale.

Marea majoritate a deficienţelor de limbaj se datoreşte insuficienţei intelectuale, analizei şi sintezei deficitare, incapacităţii de a efectua generalizări, abstractizări şi comparaţii între fenomenele realităţii înconjurătoare.

La deficienţii mintali există o proporţie ridicată şi varia-

tă a tulburărilor de limbaj, fapt ce influenţează nu numai comunicarea şi recepţionarea limbajului dar şi operarea în plan mintal.

Unul din simptomele debilităţii mintale este şi slaba dezvoltare a vorbirii, precum şi prezenţa unor tulburări dislalice care au un caracter persistent.

Dislalia deficientului se prezintă sub forma unei game largi, deoarece omisiunile, înlocuirile, confuziile şi deformările se produc fără nici o regulă, întîmplător. Pentru aplicarea metodelor şi procedeelor generale, cu acţiune indirectă asupra corectării pronunţiei, cît şi a celor specifice cu acţiune nemijlocită în educarea dislalicilor, este necesar să luăm în consideraţie cîteva elemente esenţiale de care trebuie să ţinem seama pentru o individualizare strictă a cazurilor.

In primul rînd este vorba de simptomatologie, manifestare a dislaliei care poate fi diferită de la un individ la altul, chiar dacă este vorba de acelaşi diagnostic. Trebuie avute în vedere şi cauzele care au declanşat dislalia.

In funcţie de acestea se impun anumite metode şi procedee generale şi particulare de corectare a tulburărilor de articulaţie.

Dacă este vorba de o imitaţie, se vor aplica alte procedee decît în cazul unei etiologii organice sau funcţionale.

Vîrsta şi nivelul de dezvoltare psihică determină adoptarea unor metode care pot fi înţelese şi asimilate în funcţie de capacităţile logopaţilor.

De aceiaşi importanţă este şi gradul de dezvoltare a limbajului în general, a capacităţii de exprimare şi asimilare a informaţiilor prin intermediul simbolisticii verbale.

Rezultatele cele mai eficace şi mai rapide în corectarea dislaliei se obţin prin pronunţarea corectă a sunetului afectat şi apoi introducerea sa în cuvînt şi propoziţie.

Ordinea corectării sunetelor este în funcţie de frecvenţa dislaliilor şi de dificultatea activităţii logopedice în educarea dislalicilor.

Se impune în primul rînd corectarea fonemelor din familia lui s, apoi lichidele l,r, cărora le urmează consoanele sonore (b,d,g, n) şi în final corectarea consoanelor: f,n,m,c,p,t.

Vocalele şi semivocalele ca şi diftongii (ea şi ea) şi unele grupări de consoane (tr,fl) sînt lăsate mai la urmă deoarece frecvenţa tulburărilor este mai rară.

Cel mai greu se corectează rotacismele şi pararotacismele după care urmează sigmatismele şi parasigmatismele.

Din trei grupe de dislalici care frecventează cabinetul, două sînt cu parasigmatism şi una cu rotacism.

De obicei, derivarea sunetului r se face din pronunţarea rapidă şi repetată a sunetelor t sau d, trecîndu-se în r. Se explică dislaliculuí poziţia corectă a organelor participative la pronunţie şi în special faptul că vîrful limbii, lipit de alveolele superioare, vibrează de două, trei ori prin expulzarea aerului. "R" substituit prin l se înlătură relativ uşor folosind exerciţiile care cuprind cuvinte cu "ra" iniţial şi apoi cu "re" în celelalte poziţii.

Apoi trecem la exerciţii cu sunetul r urmat de alte vocale şi în combinaţie cu toate celelalte foneme.

Ca şi în cazul sigmatismului sunetul r se consolidează în cuvinte şi propoziţii.

In corectarea dislaliei automatizarea sunetelor în cuvinte se realizează cu dificultate şi din cauza vocabularului sărac, a neformării structurii silabelor, a nedezvoltării auzului fonematic şi a inerţiei vorbirii.

La deficientul mintal dislalia capătă forme rebele, labile, ceea ce duce în procesul de corectare la recăderi frecvente iar fixarea formei corecte se realizează cu mai mult efort.

In educarea pronunţiei corecte folosesc adesea propoziţii şi fraze cu rimă, care sînt repetate cu plăcere de copil şi în afara orelor de tratament logopedic.

Două grupe aflate în tratament la cabinetul mai sus amintit au ca diagnostic " întîrziere în dezvoltarea limbajului oral şi scris". Elevii logopaţi din cadrul celor două grupe sînt în clasa I. La unii este vorba despre o întîrziere "simplă" în dezvoltarea vorbirii şi se caracterizează prin alterări fonematice, constînd în inversiuni, contaminări şi simplificări.

Grupele consonantice sînt reduse la una din consoanele constitutive, fonemele mai grele sînt înlocuite cu altele mai uşoare.

Inteligibilitatea limbajului e în general păstrată, mai puţin a cuvinteler de legătură, a desinenţelor, a cuvinteler abstracte.

Alţii prezintă o întîrziere mai gravă au dificultăţi în deprinderea scris-cititului, aici fiind afectată mai mult latura expresivă decît cea impresivă.

Pentru acești logopați mi-am propus: descrierea unor planșe colorate în care să existe acțiuni și relații umane; verificarea activităților proprii copilului; verbalizarea unor activități ale profesorului sau comune clasei; povestirea unor aspecte sau întîmplări de acasă, din excursie, din copilărie; povestiri după imagini conversația tematică pentru stabilirea vocabularului activ și operațional; includerea în inventar a unei cantități de cuvinte din cărțile de povești corespunzătoare vîrstei.

Condiția de bază a stimulării și dezvoltării vocabularului este efortul de dezvoltare a funcțiilor și operațiilor simbolice și ale semnificațiilor, nu acela de a depozita în mintea copilului cît mai multe etichete verbale inerte, cu care acesta nu poate opera.

Alte două grupe de elevi logopați sînt dislexo-grafici.Tulburările citit-scrisului apar într-un complex simptomatic,alcătuit din elemente ale seriei afazice, simptome ale răspîntiei parieto-occipitale și manifestări sechelare în intelect, afectivitate și comportament.

Simptomele dislexiei sînt grupate astfel:

- grupa erorilor în diferențierea auditivă a sunetelor și ca o consecință confuzia literelor corespunzătoare;
- grupa erorilor în diferențierea vizuală a literelor, constituind un handicap greu de învins în multe cazuri;
- grupa dificultăților de inversiune a ordinii în succesiunea literelor;
- grupa dificultăților caracterizate prin omisiuni, substituiri, salturi peste cuvinte sau peste rînduri întregi;
- grupa dificultăților de evocare rapidă și corectă a realității simbolizate;
- grupa erorilor ortografice.

Terapia dislexiei cuprinde: înțelegerea codului de simbolizare a sunetelor în semne grafice, corectarea tulburărilor de schemă corporală, lateralitate, corectarea tulburărilor de organizare și structurare spațio-temporală, dezvoltarea abilităților intelectuale solicitate în actul lexiei:identificare, discriminare ordonare, pregresie și în mod deosebit al operației de analiză; analiza particularităților acustice, motrice, vizuale ale fonemelor și diferențierea lor; analiza structurilor spațiale a simbolurilor grafice.

Materialul de lucru (cuvinte,texte,etc) cu acești copii este concret, legat de experiența de viață a copilului, cu mare motivație pentru el.

Exercițiile le repet cu regularitate, pînă ce se asigură asimilarea achizițiilor urmărite.Ele sînt variate, scurte,pentru a nu provoca oboseala și bazate pe structuri simple.

Am în permanență în vedere corelarea deplină între citit și scris.

Disgrafia este definită ca o incapacitate de a învăța scrierea prin mijloace pedagogice obișnuite, exprimată fie prin substituiri, omisiuni, inversiuni de litere și silabe, fuziuni de cuvinte, fie prin perturbări în desenarea literelor sau dispunerea anarhică în pagină.Este însoțită în cele mai multe cazuri de dislexie, disgrafia izolată constituie o excepție. Se manifestă atît în învățarea literelor,cît și în scrierea cifrelor izolate, a numerelor formate din mai multe cifre, a semnelor matematice.

Disgrafia impune un tratament logopedic îndelungat iar terapia este complexă.

Ca metode folosesc pe cele sintetice cît și pe cele analitice. Primele promovează principiul de la simplu la complex,urmărind drumul sunet-literă,silabă,cuvînt,propoziție.Celelalte sînt bazate pe concepția referitoare la sincretismul caracteristic psihicului copilului, punctul de plecare fiind propoziția scrisă care trebuie percepută,stocată,recunoscută și citită global.Metodele mixte urmăresc achiziția globală a silabelor pe baza cărora se recompun apoi și se citesc cuvinte și propoziții.

In perioada formării și consolidării deprinderilor de grafie copierea reprezintă un procedeu consacrat și de mare utilitate. Activitatea de copiere solicită elevul pe linia recunoașterii și reactualizării semnelor și schemelor grafice învățate, coordonare vizuo-motrică, orientare corectă în pagină.

Altă activitate care solicită elevului perceperea și conservarea semnalului auditiv,analiza elementelor componente,reactivarea schemelor grafice corespunzătoare semnalului sonor,coordonarea audio-grafică,este dictarea.

Elevii deficienți mintali întîmpină dificultăți în activitatea de dictare, de aceea, după caz, se stabilesc direcții pre-

ventive şi corective.Autodictarea constituie şi ea un procedeu util pentru consolidarea scrierii unor cuvinte exersate în prealabil prin diverse alte tipuri de activităţi (exerciţii de vocabular,citire,copiere,dictare,etc.)

Odată cu corectarea pronunţiei şi a disgraficilor se îmbunătăţeşte simţitor şi randamentul şcolar producîndu-se modificări esenţiale şi în stabilirea unor relaţii tonifiante cu colectivul din care face parte.Datorită acestui fapt este necesară organizarea activităţii logopedice în aşa fel încît tulburările de pronunţie să se depisteze şi să se corecteze de la vîrsta preşcolară.

Corectarea dislalicilor,dislexo-graficilor contribuie,pe de o parte, la înlăturarea insuccesului în activitatea şcolară,iar pe de altă parte, asigură creşterea receptivităţii faţă de influenţele pozitive ce conduc la formarea armonioasă a personalităţii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Păunescu C.:"Introducere în logopedie" - vol.I, Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti 1976.

2.Păunescu C, Costyak C, Muşa I, Lupu Florica:"Metodologia învăţării limbii române şi şcoala ajutătoare",Edit. Didactică şi Pedagogică,Bucureşti 1982.

3.Verza Emil :"Dislalia şi terapia ei", Edit.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti 1977.

LIMBAJUL LA COPILUL LOGOPAT DE VIRSTA SCOLARA MICA SI POSIBILITATI DE AMELIORARE-CORECTARE

ELENA TALABA

Centrul logopedic intergcolar Iagi

Insuşirea corespunzătoare a cunoştinţelor şi dezvoltarea armonioasă a copilului este posibilă în limitele funcţionării normale şi integrare a tuturor proceselor psihice şi nivelelor la care se realizează limbajul.

Dezvoltarea psihică, maturizarea aparatului fono-articulator, achiziţiile din anii copilăriei înlătură particularităţile de pronunţare (omisiuni, înlocuiri, transformări), persistenţa lor după 4 ani constituind defecte de vorbire.

Modele greşite de pronunţare, metode educative greşite, anomalii ale aparatului periferic şi ale sistemului nervos central, nedezvoltarea sistemului cerebral, nedezvoltarea psihică, stîngăcia sînt factori etiologici importanţi în stabilirea tulburării, diagnosticul diferenţial precizînd natura şi tipul deficienţei şi mijloacele adecvate de tratament.

Dacă la şcolarii normali exprimarea este corectă, coerentă, logică, descifrarea sensurilor posibilă, operează capacitatea de analiză, sinteză, vocabularul bogat este folosit adecvat, la copiii logopaţi cu dezvoltare normală caracteristicile amintite se păstrează în general, dar manifestă reţineri în folosirea cuvintelor, a noţiunilor, exprimarea devine ezitantă, conştientizarea handicapului ducînd la tensiune psihică şi la tulburarea conduitei verbale. Handicapaţii senzoriali şi de intelect prezintă experienţă verbală limitată, inerţie psihică, vocabular sărac, procese intelective slabe.

Tulburare de articulaţie sau sonorizare a unor foneme, dislalia simplă sau polimorfă, atunci cînd nu apare pe fondul debilităţii mintale, are prognosticul optimist. In dislalia gravă comunicarea este îngreuiată sau imposibilă cînd este pe fondul debilităţii mintale, lipsind posibilitatea de înţelegere a comunicării verbale, organizarea şi folosirea cuvintelor în propoziţii fiind deficitară. In rinolalie, tulburărilor de pronunţie li se adaugă cele de articulare şi voce, terapia necesitînd mij-

loace speciale de corectare. Hipoacuzicii dislalici confundă sunetele silfante-guierătoare, surde-sonore, omit începutul şi sfîrşitul cuvintelor, grupurile consonantice, sînt indiferenţi la structura gramaticală, sunetele îşi pierd sonoritatea, vocea e stridentă, accentuarea cuvintelor greşită. Terapia va viza îndeosebi laturile: auditivă şi de articulaţie.

Dislalia netratată în perioada optimă a şcolarităţii, se transpune în limbajul vorbit şi scris prin asemănare pe cale auditivă şi vizuală cu consecinţe grave asupra clarităţii vorbirii şi scrierii şi asupra comportamentului. Dislexia-disgrafia poate exista şi indiferent de tulburările de pronunţie şi articulare şi se manifestă prin incapacitatea pronunţării şi scrierii cuvintelor necunoscute confuzia cuvintelor necunoscute, confuzia cuvintelor asemănătoare, neînţelegerea comunicării, inversare, omisiune, înlocuire, adăugire de sunete, silabe, cuvinte, dizortografii. Posibilităţile de ameliorare sau corectare, în funcţie de diagnosticul diferenţial presupun refacerea etapelor de însuşire a limbajului vorbit şi scris într-un timp mai îndelungat. La debilii mintali, greşelile limbajului oral, pe care un copil normal le transpune în scris în proporţie de 50% se transpun în formă generalizată şi inconştient, posibilităţile de recuperare nefiind posibile.

Considerată printre tulburările cele mai grave prin efectele asupra dezvoltării personalităţii şi prin agravarea odată cu vîrsta, bîlbîiala este o tulburare a ritmului şi fluenţei vorbirii în care cursivitatea exprimării este afectată de blocaje iterative sau spasme puternice la rostirea primelor silabe din cuvinte, sintagme, propoziţii. In timpul citirii, la bîlbîiţii cu citire corectă, dificultăţile sînt mai reduse, în timp ce la ceilalţi, dificultăţile sînt identice cu cele din vorbirea independentă. In scris apar inversiuni, omisiuni, apăsări spasmodice, prelungiri ale legăturii dintre litere. Asociată cu alte tulburări, boala creează mari dificultăţi în exprimare, tratamentul fiind lent şi îndelungat. Diagnosticul diferenţial va preciza natura bolii, adoptîndu-se de timpuriu terapia necesară pentru ameliorarea ei, punîndu-se accent pe exerciţiile de vorbire prin reglarea ritmului respirator, abaterea atenţiei de la efectuarea excesivă a mişcărilor necesare în procesul vorbirii şi canaliza-

rea spre conţinutul semantic al comunicării şi a elementelor prozodice.

Tratamentul tulburărilor şi succesul lui presupun corelaţia cu diagnosticul diferenţial şi cu principiile şi obiectivele care trebuie avute în vedere. Intre cerinţele mai importante amintim alături de ceea ce s-a specificat, următoarele: diferenţierea între particularităţile de vîrstă şi tulburările de vorbire; conştientizarea copilului şi contribuţia proprie la înlăturarea tulburării; înlăturarea factorilor conflictuali şi crearea unui climat favorabil, stimulatov; gradarea cerinţelor, a exerciţiilor; cooperarea tratamentului cu cel medical, psiho-social; colaborarea cu părinţii şi educatorii.

In funcţie de obiectivele propuse- formarea deprinderilor corecte şi înlăturarea celor deficitare, stimularea activităţii psihice şi dezvoltarea personalităţii- metodele şi procedeele pot fi aplicate la oricare tulburare, cu condiţia respectării vîrstei, accesibilităţii, să ţină seama de deficienţele asociate, de nivelul dezvoltării intelectuale şi de personalitatea logopatului. Procedeele generale au în vedere dezvoltarea motricităţii aparatului de articulare, a respiraţiei, a auzului fonematic şi a simţului tactil. Procedeele speciale au în vedere corectarea vorbirii, îmbogăţirea vocabularului, corectarea cititului şi scrisului şi formarea şi dezvoltarea abilităţilor de citire şi scriere, dezvoltarea proceselor psihice.

Practica logopedică în şcoala de masă mi-a dat posibilitatea aplicării şi verificării informaţiei de specialitate şi a formulării unor observaţii pentru ameliorarea sau corectarea tulburărilor la şcolarii cu logopatii simple sau cuplate, pe fondul dezvoltării intelectuale normale şi cu deficit de intelect. In corectarea copiilor cu deficienţe am constatat că reuşita e condiţionată de corelarea mai multor factori: organizatorici, de strategie didactică, de colaborare.

Organizatorici: minim de spaţiu acordat în şcolile unde sînt logopezi, dotat corespunzător şi folosit în exclusivitate de aceştia; existenţa unui mijloc de realizare a frecvenţei copiilor din familii dezorganizate, înscrişi la tratament; respectarea programului pentru fiecare grupă şi copil;

Scanned with OKEN Scanner

De strategie didactică: material didactic specific, manuale; stabilirea materialului didactic necesar fiecărei tulburări şi etape de corectare; individualizarea şi particularizarea activităţii în cadrul grupei, ştiind că aceeaşi tulburare se manifestă diferit; consemnarea noilor aspecte ale tulburării care se evidenţiază pe parcurs pentru adoptarea procedeelor necesare înlăturării deficienţelor; evitarea instalării oboselii prin variaţia activităţii; stimularea interesului prin prezentarea materialului ilustrativ, conceput după principii didactice; evaluarea activităţii şi stimularea prin îndemnuri şi cuvinte încurajatoare; evitarea notării şi folosirea unor semne discrete pentru consemnarea greşelilor pe caietele copiilor, încît să nu afecteze sensibilitatea copilului. De colaborare: stabilirea contactului zilnic sau periodic cu învăţătorii, familia, pentru a urmări şi consolida corectarea copiilor.

Avînd în vedere finalitatea muncii noastre- recuperarea şi integrarea socio-profesională- calea lungă, cu suişuri, coborîşuri şi stagnări, parcursă de la cunoaşterea copilului pînă la corectare, presupun competenţă profesională, responsabilitate şi multă afectivitate din partea logopedului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Păunescu C.: Tulburările de limbaj la copil - Edit.Medicală Bucureşti, 1984.

2. Verza E.: Dislalia şi terapia ei. Edit.didactică şi pedagogică Bucureşti, Bucureşti, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

METODE SI PROCEDEE LOGOPEDICE FOLOSITE IN ACTIVITATEA CU COPILUL LOGONEVROTIC

CRISTINA ALDEA

Laboratorul de sănătate mintală „Secolа" Iagi

Diversitatea unghiurilor conceptive şi multitudinea teoriilor descriptiv-educative, privind etiopatogeneza, evoluţia şi terapia balbismului ilustrează complexitatea acestui sindrom şi caracterul deschis al problematicii sale.

Numit şi spasmofernie, disfernie, popular gângăveală şi în mod curent, în literatura de specialitate, bîlbîială, răspîndit în procente diferite pe glob (sînt zone unde nu există), pe sexe (este mai frecvent la băieţi), pe vîrste (se întîlneşte îndeosebi la copii) balbismul relevă, simptomatologic, o activitate aberantă a musculaturii traseelor articulatorii, înscriind dificultăţi şi defecte de pronunţare a cuvintelor, dereglări spastice ale ritmului şi cursivităţii exprimării, însoţite de crispări, grimase, gesticulaţii dizarmonice, palpitaţii, blocaje generate de obstruarea ritmului alfa a biocurenţilor emişi de cortex, de impermeabilitatea impulsurilor nervoase către organele efectorii.

Funcţional, balbismul se prezintă sub formele: clonică (reiterarea primei silabe) şi tonică (greutatea de a articula prima silabă). Evolutiv prezintă formele clinică şi fonică şi stadiile primar şi secundar, cu destule aspecte intermediare.

Manifestarea destructurată a reglajului verbal, ca şi tendinţa de a se agrava, de a se dubla cu o nevroză „acţionează negativ asupra stării afective şi a întregii personalităţii" (1) subliniază Ion Strachinaru, determinînd conduite care se înscriu între violentarea mediului social şi refuzul relaţiei sociale pînă la gestul sinuciderii (1).

Repercursiunile de ordin psiho-social atestă interesul crescînd pentru studierea balbismului.

„Abundenţa informaţiilor obţinute în urma unor cercetări recente, observă Emilia Boşcaiu, a determinat o transformare radicală a concepţiilor şi a modului de tratament al acestei tulburări (2). Volumul şi varietatea informaţiilor, renovarea conceptuală şi metodologică sînt consecinţe ale focalizării inter-

disciplinare a efortului teoreticienilor şi practicienilor. Adevărul că, „perturbarea limbajului duce la perturbarea inserţiei persoanei în viaţa socială... agravînd disfuncţia mecanismelor neurologice" impune centrarea acţiunii terapeutice pe „realizarea unei funcţionalităţi sociale normale a persoanei" (3).

In felul acesta atît explicarea cît şi tratarea acestui sindrom trebuie să plece de la analiza condiţiilor de viaţă şi de mediu ale copilului logonevrotic. Intrucît limbajul se defineşte, mai întîi, prin funcţia sa relaţională, socială, comunicativă, înţelegerea patologiei sale este facilitată tocmai de acest caracter relaţional.

Deşi, cu punct de plecare în organicitate, balbismul prin prelucrarea psihică "depăşeşte indefinit organicitatea, interesînd în diverse profunzimi şi întinderi întregul sistem de relaţii care defineşte persoana, numai relaţiile verbale" (3).

Rezultă că ansamblul metodologic logopedic trebuie să se integreze unui cîmp acţional mai larg, deoarece „terapia bîlbîielii nu mai revine în exclusivitate logopezilor care lucrează în cadrul unor cabinete izolate" (2) ci echipelor specializate, formate din logopezi, medici, psihologi, influenţarea logonevroticului desfăşurîndu-se „concomitent, sincronizat şi ritmic pe toate coordonatele existenţei sale, iar punctul de întîlnire al reconsiderării ritmului perturbat al proceselor să fie atît activitatea intelectuală cît şi relaţiile afective, - acestea din urmă constituind în cadrul tratamentului, punctul de plecare" (3).

In acţiunea generală şi complexă de corectare şi prevenire a balbismului, ansamblul metodelor şi procedeelor formează un sistem deschis care vizează reeducarea ortofonică, însuşirea ritmului activităţii cognitive şi a ritmului debitului articulator prin exersări, procedee de relaxare şi susţinere afectivă cu distanţarea şi atenuarea pînă la înlăturare a fricii de a vorbi. Orice procedeu sau metodă se adaptează fiecărui caz şi stadiu al sindromului, fapt ce impune cunoaşterea logonevroticului, optimizarea mediului relaţional, cooperarea cu toţi factorii implicaţi. Punînd accent pe aspectul estetic al comunicării, distanţînd atenţia subiectului de la propria sa deficienţă, diminuarea pînă la estompare a cauzelor generatoare şi de întreţinere a maladiei, fortificarea psihofiziologică a subiectului impus reeducării,

reintroducerea curajoasă a acestuia într-un colectiv normal, sensibilizat în prealabil, conduc la rezultate autentice, mai ales cînd ansamblul de însuşiri se aplică stadiului primar al maladiei. In prezent, ideile avansate de I.Străchinaru, Trifan şi Gheorghiu (3) de a se crea „puncte logopedice" în toate centrele din ţară şi pe grupe de şcoli, în aşa fel încît cei 1% dintre copiii afectaţi de balbism să poată beneficia de tratament logopedic încă din stadiul iniţial al sindromului. Emilia Boşcaiu propune, în urma unor cercetări întreprinse între anii 1967-1978, organizarea depistării şi tratării copiilor bîlbîiţi chiar în mediul familial şi de grădiniţă, măsurile concentrîndu-se pe evitarea conflictelor şi a stărilor de tensiune, a observaţiilor descurajante cu privire la disfluenţele din exprimarea copiilor, organizarea de jocuri cu rol, practicarea ritmoterapiei cu rezultate la toţi subiecţii afectaţi de balbism, organizarea unui mediu ambiental comunicant.

Cum nici o metodă şi nici un procedeu nu conduce la eficienţă în absenţa afecţiunii, logopedul va iniţia în toate mediile în care copilul îşi petrece timpul, relaţii afective optimale în care muzicalitatea exprimării, conţinutul atractiv să fie preluat cu interes şi exteriorizat cu curaj.

Exerciţiile de fortifiere motrico-auditivă a limbajului se organizează numai la copiii cu nedezvoltarea generală a vorbirii sau de asociere a acesteia cu defecte grave şi persistenţe privind exprimarea unor foneme. Tonifierea musculaturii fono-articulatorii cu rezultate bune în pronunţie se realizează printr-o gamă de metode şi procedee preluate din didactica altor domenii, cum ar fi limba română, dar devenite proprii logopediei prin felul de a le utiliza.

Aşa sînt: conversaţia, povestirea, repovestirea, jocurile lingvistice, recitarea, interpretarea pe roluri a unui text. Aceste proceduri devin logopedice întrucît în practicarea lor se ţine seama de anormalitatea subiecţilor, respectiv de cerinţele reclamate de tratarea balbismului. Intre acestea enumerăm: atmosfera de încredere, poziţie confortabilă, relaxare, practicarea unui ritm terapeutic, mediu ambiental antrenant la vorbire, toate acestea fiind dublate de un regim de viaţă propice.

Spre deosebire de mediul familial, în grădiniţă acţiunea de recuperare este urmărită mai susţinut, mai ştiinţific plecînd

de la exerciţiile de gimnastică respiratorie, facială, linguală, de gimnastică ritmică asociată cu pronunţarea, exerciţiile de pronunţare coarticulată de vocale, silabe, cuvinte, sintagme, propoziţii, ca şi asocierea acestor exerciţii de cele privind antrenarea discriminării auditive cum ar fi exerciţiile de pronunţare ritmică, de pronunţare prozodică, de accentuare, de modulaţie a intensităţii, de variaţie a tempoului, de asociere a exprimării cu gesturi, exerciţii de interpretare a unuia sau mai multor roluri, toate desfăşurîndu-se într-o atmosferă relaxantă şi cu desfăşurarea lor ritmată. In grădiniţă recitarea, cîntecul şi scheneta sînt procedee antrenate, eficiente. Practicarea psihodramei cu subiecte simple, corespunzătoare, apropie copilul bîlbîit de situaţii normale de viaţă şi manifestare lingvistică înlesnindu-i trecerea de la activitatea ludică la cea reală a rolurilor, sarcinilor încredinţate în cadrul grupului sau în afara lui. Gradarea activităţilor în funcţie de rezultate, indivizi, stadiu şi forme de manifestare a balbismului, toate procedurile enumerate şi descrise in extenso în studiile de specialitate, sînt adaptate corespunzător evitîndu-se complexitatea, factorul trenant opozant.

Desigur că în tratarea balbismului din faza secundară se impune un spor de atenţie, de tact şi de orientare metodologică. Dacă, în stadiul primar, corectarea se face indirect, în stadiul secundar, dat fiind vîrsta mai avansată, terapia se efectuează direct, bîlbîitul devenind coparticipant conştient al posibilităţilor şi necesităţii vindecării sale, prin schimbarea atitudinei faţă de deficienţa sa.

Procedurile logopedice aplicate individual sau în grup îşi propun să fortifice psihic, să normalizeze ritmul respirator neverbal şi verbal şi fluenţa verbală, aceasta din urmă apelînd la procedee ca: silabisirea, prelungirea sunetelor, procedeului Demostene sau al masticaţiei de sunete cu gura larg deschisă, asocierea pronunţiei cu scrisul prin lecturarea sonoră la început cu repetarea fiecărei sintagme şi propoziţii fiind atenţi la linia melodică pe care trebuie să o respecte şi în redarea poveştii sau basmului citit. Treptat, gradul de eficienţă dobîndită face loc procedeelor recitării, jocurilor lingvistice,

interpretării de roluri de cîntece, organizării de programe artistice, de drumeţii, excursii, vizionări de spectacole în grup, expoziţii, ocazii în care contactul uman se multiplică, integrarea în mediul normal indicînd etapa finală a tratamentului complex.

Rezultatele dobîndite în centrele logopedice de pe lîngă policlinici şi în cele intergcolare sînt evidente. Dotarea lor cu cadre specializate şi mijloace adecvate ca şi multiplicarea lor, atestă grija partidului şi statului faţă de această categorie de handicapaţi.

Totodată aceste centre au înlesnit cercetării şi experimentări care au condus la elaborarea unei concepţii logopedice româneşti axate pe realitatea socială şi umanismul caracteristic societăţii noastre.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Boscaiu E.: Bîlbîiala, prevenire şi tratament, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983.
2. Păunescu C., Toncescu N.: Studii şi cercetări de logopedie, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1968.
3. Străchinaru I.: Devierile de conduită la copii, Edit.didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1969.

METODE ŞI PROCEDEE FOLOSITE ÎN ACTIVITATEA CU COPILUL DISLEXOGRAFIC

I.GR.ION

Centrul Logopedic Iaşi

Metodele şi procedeele de terapie a dislexografiei sînt cunoscute din activitatea de acest gen.Însă problema lor nu a fost încă suficient elucidată din punct de vedere teoretic.Literatura de specialitate consemnează o mare varietate de metode, procedee şi tehnici de lucru, fără a prezenta o clasificare a lor pe baza unor anumite criterii ştiinţifice.Se prezintă o clasificare a acestora în "metode generale" şi "metode şi procedee specific logopedice" (8), (xxxxx) dar această diviziune este prea generală şi nesatisfăcătoare.Se cere a fi prezentat criteriul care stă la baza acestei dihotomii. De asemenea, alături de aceasta, mai pot fi alte clasificări, după diverse criterii.

I.Sistemul metodelor şi procedeelor de terapie a dislexografiei.

O primă diviziune a metodelor şi procedeelor de terapie a dislexografiei este cea după scopul terapeutic principal. Din acest punct de vedere se pot deosebi:

1.- metode şi procedee pentru corectarea tulburărilor de percepere vizuală şi auditivă a schemei corporale proprii a logopatului: exerciţii de orientare spaţială, de indicare a direcţiei,exerciţii de deplasare în spaţiu, exerciţii de determinare a formei diverselor obiecte etc.;

2.- metode şi procedee pentru dezvoltarea capacităţii de discriminare auditivă, visuală şi kinestezică -motrică: exerciţii de trasare a conturului unor obiecte, exerciţii de scriere a diverselor elemente grafice ale literelor, exerciţii de scriere a grafemelor, exerciţii de analiză şi sinteză fonetică şi grafică a unor cuvinte cu structură de complexitate crescîndă, exerciţii de dictare pentru învăţarea scrierii corecte a unor ortograme, exerciţii de scriere celerată (cu una sau mai multe culori) a grafemelor sau ortogramelor deficitare, exerciţii de copiere şi grupare a unor cuvinte după criteriul structurii lor lexicale sau funcţiei lor gramaticale asemănătoare (substantive,verbe,adjective,etc.),dictarea unor propoziţii sau fraze scurte, autodictarea unui text, comparerea unor grafeme asemănătoare (p - b - d , m - n , s - ş) sau după componenţa lor auditivă asemănătoare (s - ş, f - v, z - j);

3. metode şi procedee pentru dezvoltarea capacităţii de înţelegere a codului de simbolizare a sunetelor în semne grafice: indicarea ori sublinierea literelor afectate dintr-un text citit; verbalizarea unor imagini, cu denumiri de lucruri şi fiinţe sau cu acţiuni umane; etc.;

4. metode şi procedee pentru dezvoltarea şi perfecţionarea abilităţilor de citit-scris: citirea unor imagini izolate şi în suită, citit-scrisul selectiv, citirea simultană şi scrisul sub control, citirea şi scrierea în perechi, citirea şi scrierea în ştafetă, citirea şi scrierea cu caracter ortoepic, citirea pe roluri, citirea şi scrierea pe sintagme etc;

5.- exerciţii pentru dezvoltarea capacităţii de exprimare orală şi scrisă: conversaţia, răspunsul la întrebări (oral sau în scris), povestirea orală, expunerea scrisă, întocmirea planului ori sceaterea ideilor principale dintr-un text citit, întocmirea rezumatului unui text citit, redactarea unei compuneri (după imagini), după un plan, cu un început dat, cu cuvinte de sprijin, a unei compuneri libere etc.

In didactică, metodele şi procedeele de învăţământ se clasifică şi după criteriul mijloacelor principale folosite în cazul aplicării lor. Conform acestui criteriu, metodele şi procedeele de terapie a dislexogafiei se pot grupa (după opinia noastră) în : metode verbale, metode intuitive şi metode active.

1. Din cadrul metodelor verbale fac parte:

a.- expunerea cu cele două forme principale: povestirea conţinutului unui text citit şi explicaţia modalităţilor de scriere a unui grafem, a unei ortograme, de întocmire a unei teme scrise sau a altei activităţi;

b.- conversaţia, care îmbracă două forme principale: conversaţia euristică şi conversaţia examinatoare (catehetică);

c.- munca independentă cu manualul şi alte cărţi pentru rezolvarea diverselor teme, cum sînt: răspunsul la întrebări, sceaterea ideilor principale, întocmirea planului unui text, întocmirea rezumatului, întocmirea unei expuneri, a unei compuneri scrise etc.

2. Din cadrul metodelor intuitive fac parte:

a.- observarea independentă a materialului intuitiv prezentat de către logoped;

b.- demonstrarea de către logoped a acţiunilor pe care trebuie să le execute logopatul.

3.Din cadrul metodelor active face parte exercițiul, care poate fi de următoarele tipuri: grafic, de desenat sau colorat, de citit-scris, de redactat un rezumat sau o compunere etc.

Fără îndoială că terapia eficientă a dislexografiei impune utilizarea nu numai a unei metode sau a unui procedeu, ci îmbinarea adecvată a unui sistem de metode, procedee și tehnici de lucru.

II.Principii de terapie a dislexografiei.

Eficiența terapiei dislexografiei este condiționată nu numai de calitatea pregătirii logopedului, ci și de respectarea anumiter principii metodologice, și de capacitatea sa de a selecta și aplica în mod creator cele mai adecvate modalități terapeutice pentru realizarea obiectivelor esențiale.

Dintre acestea menționăm următoarele principii:

- stabilirea exactă a diagnosticului diferențial al dislexograficului tratat;

- începerea terapiei dislexografiei cît mai de timpuriu posibil;

- corectarea tulburărilor de vorbire să preceadă terapia dislexografiei;

- asigurarea participării conștiente și active a logopatului la activitatea de terapie a propriilor sale deficiențe dislexografice;

- folosirea rațională a unui material intuitiv adecvat și accesibil;

- solicitarea logopatului pe măsura posibilităților sale psihice individuale și de vîrstă;

- îmbinarea rațională a terapiei de grup cu terapiile individuale;

- colaborarea logopedului cu școala și familia logopatului;

- sistematizarea și continuitatea în terapia logopedică.

Acestora li se pot adăuga alte cerințe sau principii metodologice.

Terapia dislexografiei străbate, în mod succesiv două etape principale:

a.- etapa premergătoare (cu caracter preventiv), denumită etapă de predislexie și predisgrafie;

b.- etapa de terapie propriu-zisă a dislexografiei.

3. Criterii de determinare a metodelor și procedeelor adecvate de terapie a dislexografiei.

In primul rînd, metoda este determinată de obiectivele urmărite a se realiza prin aplicarea ei. Chiar dacă o metodă sau alta dispune, în genere, de o relativă autonomie, datorită polifuncţionalităţii (polivalenţei) sale, alegerea metodei de lucru nu poate fi făcută ignorîndu-se finalităţile urmărite. In consecinţă, ori de cîte ori logopedul urmăreşte să administreze o terapie logopedică, pentru a lucra eficient, el trebuie să-şi formuleze mai întîi o ipoteză referitoare la alternativa metodică ce se presupune a fi cea mai adecvată, în situaţia dată, ceea ce, evident, exclude posibilitatea aplicării unei metode unice, general-valabilă în toate împrejurările. Opţiunea pentru o metodă sau alta echivalentă cu luarea unei decizii indispensabile desfăşurării, cu rezultate optime, a terapiei logopedice. Finalitatea actului terapeutic este esenţială atît în ceea ce priveşte alegerea metodei cît şi în ceea ce priveşte precizarea funcţiilor terapeutice pe care aceasta şi-le asumă.

Cu titlu de exemplu, atunci cînd logopedul urmăreşte, cu precădere, corectarea şi perfectarea abilităţilor grafice va folosi, cu precădere metode active (exerciţiul sub diverse forme); atunci cînd el are în centrul atenţiei corectarea abilităţilor de exprimare orală şi scrisă va pune accent pe metodele verbale (povestirea, conversaţia, munca cu manualul etc.).

In al doilea rînd, avînd o dublă deschidere - spre ceea ce face şi cum face logopedul în raport cu "obiectul" terapiei logopedice, dar şi spre cel care învaţă -, alegerea metodei este condiţionată, deopotrivă, atît de competenţa şi personalitatea logopedului cît şi de factori subiectivi ce ţin de psihologia vîrstei şi a individualităţii fiecărui copil (de nivelul desvoltării lui intelectuale şi fizice, de mecanismele şi achiziţiile constituite, de suportul motivaţional şi atitudinal, de gravitatea tulburărilor de limbaj şi vorbire, etc), de climatul psihosocial al grupului de logopaţi, de gradul său de omogenitate, de relaţiile din cadrul grupului (de cooperare şi competiţie) etc.

Rezultă că nu există metodă de terapie logopedică universal-valabilă în orice situaţie, pentru terapia oricărei forme de limbaj şi a oricărui logopat. Măiestria logopedului, obiectivele terapeutice urmărite, disponibilităţile psiho-fizice ale logopatului şi alte condiţii obiective şi subiective îşi dau concursul, într-o măsură sau alta, în alegerea şi utilizarea adecvată a metodelor, procedeelor şi tehnicilor de terapie logopedică, condiţionînd, implicit, rezul-

tatele muncii depuse.

CONCLUZII

Terapia dislexografiei - ca una dintre componentele esenţiale ale logoterapiei - îşi aduce o contribuţie hotărîtoare la asigurarea echilibrului neuro-psihic al persoanei, la integrarea sa armonioasă profesională şi socială.

Complexitatea deosebită a fenomenului dislexografiei impune utilizarea - în scopuri terapeutice - a unui larg şi variat registru de metode, procedee şi tehnici de lucru. Cunoaşterea şi folosirea eficientă a virtuţilor terapeutice ale acestora sînt facilitate de sistematizarea lor pe baza unor criterii ştiinţifice. Din cadrul acestora, esenţiale par a fi două: scopul terapeutic principal şi mijloacele principale folosite în cadrul aplicării metodelor şi procedeelor respective.

Eficienţa terapiei dislexografiei este condiţionată de numeroşi factori obiectivi şi subiectivi, între care un rol deosebit îl are respectarea, cu stricteţe, a anumitor principii metodologice şi folosirea raţională a unui material intuitiv adecvat.

O altă cerinţă indispensabilă pentru o terapie eficientă se referă la selectarea şi utilizarea celor mai adecvate metode, procedee şi tehnici de lucru, în funcţie de obiectivele terapeutice urmărite şi de virtuţile terapeutice ale modalităţilor de lucru utilizate. În consecinţă, stabilirea unui diagnostic diferenţial just, ştiinţific reprezintă o condiţie esenţială pentru o terapie eficientă.

Alegerea celor mai adecvate modalităţi terapeutice este condiţionată nu numai de finalităţile urmărite, ci şi de competenţa şi personalitatea logopedului, de psihologia vîrstei, de individualitatea copilului, de sociopsihologia grupului de logopaţi cu care se lucrează etc. Din cadrul acestora, un rol esenţial îl joacă măiestria logopedului, aptitudinea sa de a acţiona eficient, ţinînd seama de cei mai importanţi factori obiectivi şi subiectivi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ajuriaguerra I., De Ajuriaguerra M.; Denner A.- Scrisul copilului (trad.) vol. I, II, Edit. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1980.

2. Guţu M. - Logopedia, Universitatea "Babeş Bolyai", Cluj-Napoca, 1985.

3. Hvattev M.E. - Logopedia (trad.de uz-intern), Institutul de Stiinte Pedagogice,Bucuresti,1959.
4. Păunescu C - Introducere în logopedie, Bucuresti, Edit. Didactică și Pedagogică,1976.
5. Păunescu C și col.- Tulburări de limbaj la copii, Editura Medicală,1984.
6. Verza E., - Dislalia și terapia ei, Edit.Didactică și Pedagogică Bucuresti,1973.
7. Verza E., -Ce este logopedia?, Bucuresti, Editura Stiințifică și Enciclopedică,1982.
8. Verza E., - Disgrafia și terapia ei, Bucuresti,Edit.Didactică și Pedagogică,1983.

ASPECTE ALE TERAPIEI LOGOPEDICE IN TRATAREA DISLEXIEI-DISGRAFIEI LA ELEVUL DE VIRSTA SCOLARA MICA

RALUCA DROBOTA

Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Actul lexic constituie o activitate complexă care solicită mecanisme auditive, visuale, senzoro-motorii şi structurarea spaţio-temporală, înţelegerea semnificaţiilor simbolurilor codificate, un obiectiv principal al şcolii primare.

Dislexia poate fi abordată sub trei aspecte: 1) medical; 2) psihologic; 3) pedagogic.

Din punct de vedere medical dislexia este o alterare neaşteptată a lexiei, care, pînă în momentul apariţiei era perfect integrată, iar din punct de vedere psihologic dislexia înseamnă toate tulburările ce apar în procesul de achiziţie a lexiei în mecanismele actului lexic.

Dislexia impune, deci, termeni de natură medicală şi termeni cu nuanţă psihopedagogică. Termenii de natură medicală sînt: alexie, strefosimbolie, disgramatexie, legastenie, sindromul dislexic-disgrafie, paralexie etc. Termenii cu nuanţă psihopedagogică sînt: dificultăţi specifice în însuşirea cititului, dificultăţi de citit, retard în citit, analfabetism parţial, retard de dezvoltare, arieraţie în citit. Sindromul dislexie-disgrafie exprimă tulburările de scris-citit. Sindromul poartă marca afaziei delimitîndu-se de deficienţa motrică de natură dispraxică (discaligrafia) sau de greşelile ortografice este o tulburare de integrare fonetică: reprezintă insuficienta capacitate de discriminare a sunetului în cuvîntul auzit şi a semnelor grafice în cuvîntul citit, ceea ce duce pe de o parte la o ortografie greşită în dictare şi la o citire greşită a scrierii; slăbiciune a capacităţii de discriminare a unităţilor fonetice şi a schemelor visuale; incapacitate de a raporta structura globală a cuvîntului la un semn.

In literatura de specialitate sînt descrise mai multe forme de dislexie-disgrafie ce prezintă fiecare o serie de elemente comune şi specifice. Printre cele mai importante citate de Emil Verza sînt:

1)- dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă, manifestată printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităţilor de a citi şi scrie;

2)- dislexo-disgrafia de evoluţie sau de dezvoltare sau structurală în care subiecţii respectivi nu pot realiza progrese însemnate în achiziţia scris-cititului, cu toate eforturile depuse şi se presupune, adeseori, că, la baza ei, stă o cauză genetică.

Pe lîngă fenomenele disortografice se manifestă dificultăţi în înţelegerea simbolurilor grafice, a literelor,cuvintelor,propoziţiilor şi sintagmelor;

3)- dislexo-disgrafia spaţială sau spaţio-temporală prezentînd,după unii cercetători, o scriere şi o citire în diagonală,separarea cuvintelor în silabe şi scriere ondulată, ceea ce dă aspectul de imprecizie;

4)- dislexo-disgrafia pură,numită şi consecutivă; asemenea formă întîlnim pe fondul afaziei,afaliei, hipoacuziei;

5)- dislexo-disgrafia motrică apare ca urmare a tulburărilor de motricitate ducînd adesea la un scris ilizibil; scris-cititul unor asemenea subiecţi este neglijent,neregulat,inegal,tremurat, rigid, neproporţionat şi confuz;

6)-dislexo-disgrafia lineară-considerată fiind o incapacitate în trecerea de la rîndul parcurs la următorul său sărirea peste unele spaţii, lăsîndu-le libere (în scris).

La clasa I se formează unele abilităţi ale scris-cititului dar ele au un caracter fragil şi labil. Încă se menţin fenomene negative ce se datoresc nestăpînirii suficiente a scris-cititului, a posibilităţilor limitate de analiză fonetică-fonematică şi a concentrării atenţiei de transpunere grafică a sunetului rostit,a necunoaşterii unor reguli gramaticale şi ortoepice.Aparent aceste fenomene negative sînt similare cu cele de dislexie-disgrafie,dar ele nu au un caracter constant, dispărînd de la sine, odată cu însuşirea cunoştinţelor necesare.

Tulburările de limbaj dislexo-disgrafie sînt mai evidente începînd din clasa a II-a. Evitarea tulburărilor limbajului scris citit este posibilă prin preocuparea pentru dezvoltarea psihică armonioasă a copilului şi prin folosirea metodologiei adecvate de predare-învăţare în şcoală. La unii copii la baza tulburărilor scris-cititului stau factori de ordin psihopedagogic. Manifestările tulburărilor limbajului scris-citit au un evantai extrem de larg şi au o evoluţie de la simplu la complex pentru că tendinţa lor este de a se agrava odată cu înaintarea în vîrstă a logopatului.

Tulburările scris-cititului au o influenţă negativă asupra

personalităţii, atunci cînd ele se conştientizează sau atunci cînd determină eşecuri şcolare repetate. Metodologia învăţării poate influenţa pozitiv sau negativ apariţia şi evoluţia dislexiei-disgrafiei. O greşită plecare în activitatea de învăţare a cititului riscă să antreneze o condiţionare la eşec. Un eşec şcolar intelectual generalizat e cauzat de conduite de fugă de la ore, de indisciplină şi agitaţie în timpul orelor pe de o parte, iar pe de altă parte de sentimentul de inferioritate, neavînd încredere în cunoştinţele sale ajungînd pînă la devalorizarea sa ca elev. De pildă elevul M.B. din clasa a II-a refuză să verbească la ore, învăţătorul declarîndu-l negativist. Făcîndu-i-se tratamentul logopedic necesar şi încurajîndu-l în activitatea şcolară, evidenţiindu-i posibilităţile de asimilare şi interpretare a cuvintelor, elevul a început să verbească şi să participe activ, cu afectivitate la lecţii. Pe parcurs îşi înlătură şi confuziile simbolurilor grafice. In tratamentul logopedic am folosit terapia individuală, punîndu-l pe elev să citească mereu cu glas tare. Unii elevi dislexici nu ştiau să decupeze cuvîntul în silabe, refuzînd aceasta, vrînd să citească cuvîntul întreg. In loc să articuleze cuvîntul necunoscut, traducînd semnele vizuale în echivalente sonore, căutînd să ghicească semnificaţia cuvîntului şi tăstă activitatea lor să fie dirijată în acest sens.

Metoda tradiţională, silabică, deşi nu este perfectă, are meritul de a ajuta copiii să analizeze sunetele şi să ia cunoştinţă de elementele fonemice ale limbii.

In terapia scrisului am obişnuit logopatul să recunoască bine simbolul grafic al sunetului; să fie pus în situaţia de a construi cuvinte cu literele învăţate, să completeze silabele unui cuvînt dat, să construiască propoziţii după imagini bine cunoscute.Intreaga terapie s-a centrat pe formarea deprinderilor corecte şi înlăturarea celor deficitare, uzînd metode şi procedee generale şi cu caracter specific logopedic. Acestea au fost selectate în aşa fel încît să vizeze în egală măsură atît tulburările de scris-citit cît şi crearea condiţiilor necesare dezvoltării personalităţii.

In terapia specifică logopedică a dislexo-disgrafiei, activitatea de corectare am început-o cu înlăturarea dislaliei după care am trecut la corectarea în planul lexico-grafic.Spre exemplu - dacă un copil a prezentat o dislexo-disgrafie, ca urmare a transpunerii tulburărilor de pronunţie în citit-scris, atunci pe măsura corectării unui sunet am urmărit în paralel formarea abilităţilor de re-

flectare corectă în planul grafo-lexic.

Un alt aspect de terapie este acela al formării şi dezvoltării la copil a deprinderilor de analiză sinteză, atît în planul lingvistic, cît şi în cel logic. Exerciţiile repetate de citire au înlesnit trecerea din planul fonetic în cel grafic şi au contribuit la dezvoltarea vocabularului activ şi astfel a devenit oportună analiza şi sinteza elementelor componente ale cuvintelor şi propoziţiilor şi a unităţilor sintagmatice cu sens. Elevii Marin Răileanu, Andrici au fost puşi în situaţia de a despărţi cuvintele în litere şi sunete şi apoi de a uni literele, sunetele în cuvinte, a cuvintelor în propoziţii. Exerciţiile numeroase de analiză fonetică au fixat noţiunea de sunet şi grafemul respectiv, înlăturînd în timp tulburările grafo-lexice. Elevii au efectuat în mod conştient analiza şi sinteza unităţilor fonetice. In terapia dislexo-disgrafiei am plecat de la următoarele principii generale care mi-au direcţionat întreaga activitate logopedică:

1) corectarea cît mai de timpuriu a dislexo-disgrafiei;

2) învăţarea scris-cititului prin corectarea dislexo-disgrafiei;

3) exerciţiile pentru corectare au fost adecvate particularităţilor de vîrstă şi individualizate; în raport de posibilităţile handicapatului şi de gravitatea tulburărilor dislexo-disgrafice;

- cîştigarea colaborării şi participării active a logopatului la activitatea terapeutică; - obţinerea colaborării părinţilor în vederea supravegherii atente a handicapatului pentru efectuarea temelor date spre rezolvare; - obţinerea colaborării învăţătorului, profesorului de limba şi literatura română în vederea manifestării tactului şi îngăduinţei necesară faţă de elevul handicapat; - exerciţiile efectuate pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei s-au bazat pe materialul pe care l-a folosit elevul în şcoală.

Formarea la logopat a capacităţii de conştientizare a erorilor tipice dislexo-disgrafice a fost realizată prin atenţionarea subiectului asupra greşelii comise şi pus în situaţia să se corecteze atît oral cît în scris. Solicitarea a fost direcţionată spre imitarea modelului ideal (modelul profesorului-logoped). Învăţarea alfabetului prin imagini, prin asemănări sau deosebiri duce la învăţarea în mod conştient a literelor.

Un alt procedeu de învăţare a alfabetului de către logopaţii cu semne de oligofrenie a fost acela al determinării acestora să memoreze mecanic, întîi, alfabetul, iar al doilea rînd să formeze

cuvinte mono şi bisilabice cu litere din alfabetar,şi apoi puşi să le scrie. In mod lent au ajuns astfel la conştientizarea grafemelor. Logopatul a fost dus la tablă pentru a scrie cuvinte cu literele învăţate.Pentru executarea corectă a grafismelor i s-a purtat mîna pînă ce acesta şi-a format deprinderea de scriere corectă.Exemplificarea cu scrierea şi citirea diftongilor,a triftongilor şi a cuvintelor compuse, la care apar de obicei, greşeli tipice pentru fenomenele dislexo-disgrafice, a contribuit la formarea capacităţii de conştientizare şi la crearea posibilităţilor de a extinde şi transfera schemele complexe însuşite la cele simple,particulare.In cazul omiterii sau substituirii unor litere în scris,a fost întrebat elevul de la ce cuvînt vine sunetul. De exemplu cînd acesta a înlocuit grafema-p-cu-b-, a fost solicitat să spună cuvinte care încep cu p-(pană,pun) şi cuvinte care încep cu b-(ban,bun).Pentru fixarea grafemelor menţionate i s-a dat elevului să scrie pe tablă o propoziţie întreagă cu cuvinte ce conţineau grafema p - şi grafema - b-.

"Petrică, copilul pădurarului, a plecat în pădure după ciuperci". "Victor Babeş a luptat împotriva microbilor turbării, ai tuberculozei şi ai alter boli, dar şi împotriva mizeriei în care trăiau ţăranii pe moşiile boierilor". Pentru dezvoltarea capacităţii de sesizare a relaţiei dintre fonem-grafem,literă - grafem şi fonem-literă, am citit în primă etapă un text şi am pus elevul să semnalizeze literele afectate şi apoi să le sublinieze.In a doua etapă logopatul a citit textul sub supravegherea logopedului şi a subliniat literele sau cuvintele la care a întîmpinat greutăţi. Pentru cărectarea unor asemenea deficienţe s-a mai folosit adesea lecţia de zi din manualul de citire.Logopatul a citit lecţia şi apoi a povestit-o în scris, subliniind literele dificile.Folosirea procedeului de citire a unor litere, a unor grupuri de litere sau a unor cuvinte, după principiul de la simplu la complex de pe scheme-planşe şi apoi reproduse a dus la o corectare dislexo-disgrafică mai eficientă .Povestirea unor texte literare a sugerat elevului desfăşurarea unui comportament verbal mai complex.Procedeul acesta a dat rezultate atît în cazul intelectului normal cît şi în cazul logopatului cu deficit de intelect.

Dezvoltarea şi perfecţionarea abilităţiler de citit-scris au fost eficiente prin utilizarea procedeelor:

- citirea imaginiler izolate şi-n suită, citirea şi scrisul selectiv subliniindu-se cuvintele şi propoziţiille critice, citirea si-

multană şi scrisul sub control (logopatul citeşte în acelaşi timp cu logopedul şi scrie sub supravegherea acestuia),citirea şi scrierea în pereche (doi logopaţi scriu şi citesc, corectîndu-se reciproc prin schimbarea alternativă a rolurilor), citirea şi scrierea în ştafetă, citirea şi scrierea cu caracter ortoepic (fiecare silabă care se citeşte ori se scrie este repetată), citirea şi scrierea pe roluri în cadrul unei povestiri cu mult dialog (logopatul învaţă să fie atent să se obişnuiască cu situaţia de aşteptare, ceeace duce treptat la dezvoltarea în plan psihoneurologic, a echilibrului dintre excitaţie şi inhibiţie), citirea şi scrierea pe sintagme (învăţarea elevului să împartă textul citit pe unităţi sintagmatice, iar dictările şi autodictările să se efectueze pe unităţi sintagmatice_.Această metodă contribuie la formarea deprinderilor lexografice, prin facilitarea vitezei, legarea mai bună a grafemelor din cuvînt,evitarea săririi rîndurilor ori repetarea lor la citit. Exerciţiile de copiere,dictare şi compunere cer o mai mare atenţie atît din partea logopedului cît şi din partea logopatului.Acestea se fac sub stricta supraveghere şi corectare de către profesorul logoped.Prin corectarea disgrafiei şi dislexiei se vizează în egală măsură atît dezvoltarea limbajului cît şi stimularea activităţii psihice.Explicarea cuvinteler, a semnificaţiei lor şi a sensului propoziţiei cu care se exersează, ca şi solicitarea elevului să formuleze povestiri, compuneri, autodictări, facilitează stimularea activităţii psihice pentru transpunerea ideilor în planul comportamental verbal.

In concluzie profesorii -logopezi adaptează tehnicile terapeutice la particularităţile de vîrstă şi individuale ale logopatului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Păunescu C. - Deficienţa mintală şi procesul învăţării- Edit. Didactică şi Pedagogică - Bucureşti,1976.
2. Păunescu C. - Tulburări de limbaj la copil - sub redacţia lui C.Păunescu - Edit.Medicală- Bucureşti,1984.
3. Verza Em.: - Disgrafia şi terapia ei - Emil Verza - edit.didactică şi pedagogică - Bucureşti,1983.
4. x x x - Culegere de material didactic pentru corectarea dislaţiilor la elevii claselor I-IV- Edit.didactică şi pedagogică - Bucureşti,1969.

CITEVA CONSIDERATII PRIVIND RELATIA GINDIRE/LIMBAJ IN CONTEXTUL TERAPIEI LOGOPEDICE

M.DRENEA
Centrul logopedic interşcolar Iaşi

Abordarea problematicii gîndire/limbaj presupune şi prudenţă, şi curaj dar, evident numai cu măsură, fără a pierde din vedere obiectul de cercetare şi, apoi, fără a omite introducerea în ecuaţia complexă cu care operăm obişnuit a noilor achiziţii ştiinţifice în materie, inclusiv a propriilor clarificări generate de experienţă (teoretică şi practică).

Fiinţa umană se naşte cu o anumită capacitate de gîndire,care este limitată de mulţi factori (naturali,sociali).Dacă această capacitate de gîndire nu poate fi mărită (dincolo de legile proprii), ea poate fi însă micşorată sau redusă, ajungîndu-se pînă la completa ei nefolosire (3) (cînd respectiva capacitate devine practic anulată, ca în cazurile ştiute din literatura de specialitate, cum ar fi "Copilul sălbatic de la Aveyron").

Avem în vedere că această capacitate de limbaj este la rîndu-i susceptibilă a nu fi întotdeauna folosită în întregime (din motive variate şi multiple), dar, ca şi capacitatea de gîndire la care se raportează, poate fi folosită doar parţial, de unde şi necesitatea de a asigura asistenţa şi terapia logopedică pentru toţi copiii cu tulburări de vorbire şi limbaj. Se impune deci atenţiei problematica relaţiei dintre gîndire şi limbaj pentru proiectarea unei terapii logopedice individualizate, diferenţiate şi eficiente(5).

Relaţia gîndire/limbaj în contextul terapiei logopedice este o schematizare prea simplistă care se cere depăşită, mai precis îmbunătăţită, mai aproape de adevărul faptic fiind conceptul de relaţii ale gîndirii cu limbajele specifice omului.Punerea problemei de asemenea manieră ne conduce la înţelegerea mai nuanţată a acestor relaţii şi interrelaţii (parte cu parte) în sensul că ambele tipuri se supun legilor dialectice pe toată durata existenţei (2). Altfel spus, distingem relaţii tipice între gîndirea activă (multidimensională) a fiinţei umane şi limbajele diferite de care dispune fiecare, relaţii care nu sînt în opoziţie ci se completează şi intercondiţionează reciproc, sinergetic, una sau două fiind axiale (verticale, dominante),celelalte fiind secundare dar nu mai puţin importante.

Reţinem că respectivele relaţii funcţionează atît sub control voliţional (mai mult sau mai puţin "automatizat",prin cenzura conştiinţei) dar şi sub control şi autocontrol camuflat,nonvoliţional,

In lucrarea "Interdisciplinaritatea şi ştiinţele umane"(4), Leo Apostel spune:" Nu se cunoaşte încă integral sistemul logic uman (Auslöser) pentru a determina influenţa pe care°au asupra lui diversele mecanisme de învăţare". Pînă la clarificarea situaţiei de către specialişti ne putem orienta după cele deja ştiute, deosebind procese de învăţare: a) afectivă; b) perceptivă; c) motorie; d)cognitivă - menţionînd că profesorul logoped trebuie să le folosească diferenţial pe toate pentru reuşita terapiei.

Cunoscînd cărei categorii tipologice de personalitate îi aparţine elevul (ca individualitate conturată bio-psiho-socio-structural, cu bucla feed back închisă armonic între principalii poli ai eului) vom ţine cont şi de caracteristica tipului de învăţare dominant decelat la subiectul nostru, stabilindu-ne o strategie adecvată, diferenţiată şi diferenţială (pe categorii de tulburări şi subiecţi) în vederea activizării, potenţializării sau chiar al reorientării polarizării iniţiale (considerate greşite, nerecomandate, aberante) pe întreg procesul instructiv-educaţional şi terapeutic de care răspundem(şi pe care îl dorim continuat mai apoi de subiectul însuşi.Avem în vedere şi faptul că subiecţii beneficiază diferit de sistemul general de învăţare, cea voluntară făcînd obiectul instrucţiei şi educaţiei (autoinstrucţiei şi autoeducaţiei) permanente,fiind "secondată" de învăţarea prin reflexe condiţionate învăţarea prin motivaţie negativă(numită şi învăţare prin suferinţă) sau de învăţarea prin consolidare, prin descoperire.

In concluzie,aprofundarea relaţiei dintre gîndire şi limbaj, conduce la nuanţarea unor diferenţieri conceptuale absolut necesare în contextul terapiei logopedice,punînd accent pe sinergetismul gîndirii (multidimensionale) şi limbajelor (specifice omului)şi astfel corectarea tulburărilor de vorbire deschide subiecţilor drumul integrării lor depline,conştiente,pozitive şi creative în viaţa socială.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Grosu Eugenia:Tainele creierului uman, Edit.Albatros,Buc.1981.
2.Levi V.:Noi şi eu, Edit.didactică şi pedagogică,Bucureşti,1978
3. x x x Copilul deficient mintal,Edit.Facla,Timişoara,1980.
4. x x x Interdisciplinaritatea şi ştiinţele umane,Edit.Politică Bucureşti,1986.
5. x x x Tulburările de limbaj la copil,Edit.medicală Buc.1984.

PSIHOTERAPIA DE GRUP LA COPII-VALENTE SI LIMITE

RODICA ALEXANDRU

Laboratorul de sănătate mintală Botoşani

In perspectiva unor concepţii moderne în psihiatrie, înţelegerea dinamicii desvoltării psihice a copilului oferă un cadru nou terapiei tulburărilor psihice.

Aceasta reliefează individualizarea psihiatriei infantile faţă de cea a adulţilor, plasarea sa într-o altă interpretare, extinsă de la simpla juxtapunere a psihiatriei adultului.

Descoperirile freudiene psihanalitice au creat posibilitatea unor noi demersuri psihoterapeutice, centrînd preocupările pe noi dimensiuni, surprinzînd relaţia transferenţială dintre copil şi familia sa.

Din varietatea tehnicilor folosite în psihoterapia infantilă, preocupările curente s-au orientat după următoarele direcţii:

1. psihoterapia individuală (psihanaliza);
2. psihoterapia de grup (psihodrama);
3. psihoterapia familiei;
4. psihoterapia instituţională;
5. psihoterapii derivate din hipnoză;

Terapia de grup pentru copii are la bază comunicarea verbală pe baza dinamicii grupului. In acest cadru de referinţă grupul însuşi devine agentul terapeutic principal.

Structura organizatorică a grupului diferă în funcţie de vîrsta şi sexul copiilor, la cei de vîrstă mică fiind eficiente grupurile amestecate. Un rol important îl joacă în constituirea grupurilor, temperamentul, personalitatea şi diagnosticul, psihoterapeutul folosind în acest sens cele două posibilităţi de comunicare: verbală şi non-verbală, prin intermediul unor activităţi de joc, urmărirea de diapozitive, reviste, clasoare cu timbre sau audiţii muzicale (melioterapie).

Posibilitatea de a dispune de terapeuţi şi co-terapeuţi bărbaţi şi femei ajută în mod egal la extinderea sferei tratamentului, iar punctul de vedere potrivit căruia este mai valabil să-i permitem copilului să se adapteze el însuşi exigenţelor grupului, decît să se caute un grup care este ideal adaptat la

produsele sale cognitive, argumenteazã natura selecţiei.

Principala problemã tehnicã în terapia copilului constã nu în interpretarea activităţii, ci în transformarea sa în cuvinte.

Pentru a stabili o comunicare reciprocă cu copilul este necesar în mod obignuit un schimb complet de atitudine gi de comportament.

In acest sens, adultul trebuie sã reorganizeze construcţia sa verbalã, vocabularul gi structura sa gramaticalã, ţinînd cont de vîrsta copilului.

Limbajul este simplu, scurt, direct, concret. Puritatea comunicării înfruntă arta disimulării gi a perifrazei, iar jocul sub toate formele sale reprezintă un mijloc de expresie semnificativ în întreaga relaţie terapeuticã. Comportamentul grupurilor de copii variazã de-a lungul dezvoltării lor. Copiii ies cu greu din universul lor: grupurile cu totul mici sînt în ansamblu liber structurate gi efemere, însă la începutul gcolarizării grupurile încep sã se organizeze în formaţiuni mai structurate. Piaget a atras atenţia asupra politeţei extraordinare a copiilor mai mari care, pentru a-gi arunca bulgări de zăpadă unii la alţii, încep adesea prin a pierde un sfert de oră pentru alegerea unui pregedinte, ca apoi sã stabileascã regulile votului, sã se împartă în două echipe, sã hotărască distanţele gi în sfîrgit, sã fixeze pedepsele de aplicat în cazul abaterilor de la aceste reguli.

In adolescenţă, grupurile devin mai mici gi în adolescenţa tîrzie apar deja grupurile mixte.

Terapeutul trebuie sã se familiarizeze cu fazele de dezvoltare ale copilăriei gi schimbările succesive care se produc în sferele intelectuale, emoţionale, sociale, morale gi lingvistice. Aceasta presupune o înţelegere corectă a psihologiei copilului gi a dezvoltării sale pentru o cunoagtere profundă a terapiei grupului de copii.

In general, în terapia copiilor este mai mult contratransfer decît în terapia adulţilor, gi în terapia de grup decît în terapia individualã se experimenteazã cantităţi de sentimente pozitive gi negative care ocazional pot sã provoace vinovăţie gi ruginc sau sã se descarce neadecvat asupra copiilor.

Atunci cînd ei sînt recunoscuţi şi refulaţi, aceste sentimente pot să se manifeste printr-o obosealâ excesivă, iritabilitate, toleranţă, rigoare, lapsusuri şi anulări de şedinţe, plictiseală.

Bazîndu-se pe o bogată experienţă în terapia grupului cu copiii, Anthony şi Foulkes au elaborat metode diferite în studiul analitic al grupului de copii:

a) metoda "măsuţei" (pentru copilul de vîrsta grădiniţei;

b) metoda "căsuţei" (copilul şcolar);

c) metoda "cercului mic" (la adolescenţi);

Analiza terapiei de grup cu copiii dezvăluie o serie de caracteristici:

1. în grup copiii se descoperă nestingheriţi în complexitatea lor simptomatică, oferind o nouă posibilitate în aprecierea demersurilor terapeutice;

2. antrenarea copiilor la conversaţie le stimulează activitatea proceselor cognitive;

3. grupul permite o mai bună reinserţie socio-familială sau şcolară a copiilor atenuînd din încărcătura lor tensională, anxioasă, deseori agresivă;

4. psihoterapia de grup creează posibilitatea unui demers terapeutic alternativ sau adiţional chimioterapiei, fiind economic şi atractiv pentru copii.

Anthony şi Foulkes atrag atenţia însă şi asupra limitelor acestei metode:

1. apare frecvent o dificultate de comunicare autentică: adultul riscă să subaprecieze copilul printr-o atitudine de "atotştiutor", situaţie în care copilul se simte ignorat şi umilit; aceasta presupune înainte de orice cunoaşterea particularităţilor psihice de vîrstă şi de grup ale copiilor, un limbaj adecvat lor;

2. psihoterapeutul trebuie să observe atent calitatea alegerilor şi respingerilor, a transferului şi contratransferului la care este antrenat succesiv şi să menţină un echilibru al raportului de forţe, urmărind poziţia şi rolul liderului în dinamica grupului; în acest sens, psihoterapeutul trebuie să fie mai degrabă un "observator participant", fără ca să renunţe la intervenţiile interpretative cu rol constructiv. În consens cu

demersurile terapeutice biologie şi psihologie, rezultatele obţinute prin intermediul terapiei de grup completează eficient sfera preocupărilor, oferind copiilor noi posibilităţi curative.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Fau R.: Les groupes d'enfants et d'adolescents - Paris P.U.F., 1972.

2. Foulkes S.H. et Anthony E.J.: Psychotherapie de groupe ed. de l'Epi Paris 1969.

3. Neculau A.: Introducere în dinamica grupurilor, în Psihologie socială, Iaşi, 1975.

4. x x x La revue du praticien - Paris 1980 (43).

5. x x x La revue du praticien - Paris 1980 (21).

Scanned with OKEN Scanner

Imprimat
Institutul de Medicină şi Farmacie Iaşi
— 1988 —

Scanned with OKEN Scanner